



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA CAROLINA CASTRO PEREIRA DA CUNHA**

**ANÁLISE DA LEI COMPLEMENTAR 142: AMPLIAÇÃO DA POLÍTICA DE  
PREVIDÊNCIA SOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PERITOS MÉDICOS  
E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS**

**BRASÍLIA**  
**2016**

**ANA CAROLINA CASTRO PEREIRA DA CUNHA**

**ANÁLISE DA LEI COMPLEMENTAR 142: AMPLIAÇÃO DA POLÍTICA DE  
PREVIDÊNCIA SOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PERITOS MÉDICOS  
E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília para obtenção parcial de título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Lívia Barbosa.

**BRASÍLIA  
2016**

Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciência Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

**ANÁLISE DA LEI COMPLEMENTAR 142: AMPLIAÇÃO DA POLÍTICA DE  
PREVIDÊNCIA SOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PERITOS MÉDICOS  
E ASSISTENTES SOCIAIS DO INSS**

**Discente:** Ana Carolina Castro Pereira da Cunha

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Livia Barbosa Pereira

**Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Livia Barbosa**

Departamento de Serviço Social (SER) – UnB

---

**Prof<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup>. Ana Paula do Nascimento Barros**

Mestre em Política Social pelo Departamento de Serviço Social – UnB e Assistente Social

---

**Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup> Daniela da Silva Rodrigues**

Departamento de Terapia Ocupacional - UnB

**Brasília**

**2016**

Dedico este trabalho às duas grandes mulheres que marcaram a minha vida: Maria e Juliana.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades que tive e tenho na vida. Tudo é baseado em uma lei de ação e reação, é plantando coisas boas que colherei os melhores frutos durante minha vida.

Agradeço aos meus pais por todo amor que me deram, pelas orientações e pelo incentivo contínuo à educação. Marcelo e Cristiana são pessoas extremamente importantes em minha vida e fundamentais na construção do meu caráter. Obrigada pela compreensão e apoio durante a construção deste trabalho e por me ensinarem que em tudo que realizo é necessário que eu dê o meu melhor.

Um agradecimento que não poderia faltar é o direcionado às minhas queridas avós Juliana e Maria que sempre me orientaram e deram força nos meus estudos. Durante esses quatro anos e meio na UnB costumava sair cedo de casa e voltar bem tarde. Quando eu chegava sempre encontrava lanche e recadinhos em cima da mesa preparados pela vó Ju. Agradeço imensamente pelo apoio e paciência dedicados a mim durante a realização da graduação e deste trabalho.

Falar da minha avó Maria sem me emocionar é difícil. Minha querida avó disse que só voltaria ao plano espiritual depois de prestigiar minha conclusão na faculdade, mas a vida tem das suas surpresas e ela retornou antes. Dona Maria se foi, mas um pedaço dela eu carrego comigo, seu exemplo de vida, sua força e todo o seu amor contribuíram para minha caminhada. Sei que de onde ela estiver está feliz pela elaboração deste trabalho e pela conclusão do curso.

Agradeço às minhas queridas irmãs Júlia e Luísa e também a irmã que a vida me emprestou, Karen. Nós precisamos de pessoas ao nosso lado que torne a vida mais leve, essas três cumprem muito bem esse papel. Um agradecimento especial para Jú, pela ajuda com a revisão deste trabalho.

Agradeço ao Fernando, meu namorado e parceiro, que contribuiu muito para o desenvolvimento da minha vida acadêmica. Obrigada pelo carinho, pela leitura e ajuda na construção deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora, professora Livia, que me acompanha desde Pesquisa Social 1, que foi extremamente importante para o meu crescimento

acadêmico com suas aulas, reuniões, debates, orientações e construção deste TCC. Agradeço pelo acolhimento na Pesquisa do IF-Br e por mostrar um campo de pesquisa pelo qual eu me encantei. Agradeço por proporcionar discussões que trazem a relação do campo acadêmico com a vida cotidiana, modificando o modo de pensar e agir dentro de uma sociedade tão desigual.

Agradeço as minhas queridas amigas de curso: Amanda, Camila, Danuza e Thalita, por contribuírem para o meu crescimento com debates, luta e resistência por sociedade mais igualitária e justa. Agradeço também aos meus colegas de pesquisa: Ana Paula, Gisele, Felipe e Camila (novamente) pelas inúmeras reuniões com debates enriquecedores a respeito da temática de deficiência e pela troca constante de experiências.

A todos aqueles que passaram em minha vida durante esse período e contribuíram de alguma maneira o meu muito obrigada!

*“... Construimos muros demais e pontes de menos”.*  
*(Newton, Isaac)*

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a Lei Complementar 142 como mecanismo de ampliação da política de Previdência Social, por meio da perspectiva dos profissionais do INSS. As políticas direcionadas para as pessoas com deficiência, por muito tempo se situaram no campo da tragédia pessoal, individualizando a deficiência e colocando os impedimentos corporais como motivo da exclusão social. Com o desenvolvimento dos estudos sobre deficiência no campo social, a compressão do que é deficiência foi modificada. As pessoas experimentam a deficiência devido as barreiras sociais que impedem uma participação igualitária. No dia 13 de Dezembro de 2006, ocorreu em Nova York, a Assembleia Geral das Nações Unidas. Encontro entre vários países que possibilitou a ratificação da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Este documento propôs aos países signatários medidas que assegurassem a participação social das pessoas com deficiência, garantindo o acesso aos direitos humanos e a justiça social. O Brasil foi um dos países signatários da Convenção, seguindo as orientações dessa normativa, no ano de 2013, promulgou a Lei Complementar 142 que garante aposentadoria diferenciada às pessoas com deficiência, podendo essas se aposentar dez, seis ou dois anos antes do período regular. Para avaliar as pessoas com deficiência foi elaborado um instrumento, conhecido como IFBR. O Ministério da Previdência em cooperação com a Universidade de Brasília promoveu uma pesquisa de validação, que ocorreu em três fases, com o objetivo de analisar se o instrumento estava adequado às propostas da LC 142/2013. A segunda fase da pesquisa, de caráter qualitativo, buscou compreender a apropriação dos conceitos relacionados à deficiência presentes no instrumento pelos peritos médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência requerentes da aposentadoria. Dessa forma, essa monografia analisa as entrevistas realizadas com os profissionais do INSS, para compreender se o acesso das pessoas com deficiência à aposentadoria diferenciada amplia a política de previdência social. A necessidade de análise a partir da perspectiva dos profissionais é devida ao fato de que eles trabalham diretamente na operacionalização da LC e podem apontar quais são os avanços e desafios. Foi possível concluir que a LC 142/2013 amplia a política de previdência social, mas ao mesmo tempo a operacionalização desta cria limites para expansão de direitos sociais às pessoas com deficiência.

**Palavras-Chave:** Pessoas com Deficiência; Lei Complementar 142/2013; Previdência Social.



## ABSTRACT

This research aims to analyze the Complementary Law 142 as an expansion mechanism of the Social Security Policy, through the perspective of INSS professionals. Policies directed to person with disabilities, long stood in the field of personal tragedy, individualizing the disabilities and placing bodily impairments as the reason to social exclusion. With the development of studies on disability, the compression of what is disability was modified. People experience disability due to social barriers, which difficult equal participation. On December 13, 2006, took place in New York , the United Nations General Assembly. Meeting between several countries which allowed the ratification of the Convention on the the Rights of Persons with Disabilities. This document, which proposed the signatory countries measures that would ensure the social participation of people with disabilities by ensuring access to human rights and social justice. Brazil was one of the signatories to the Convention, following the guidelines of this legislation, for this reason, in 2013, enacted the Complementary Law 142 which ensures differentiated retirement for persons with disabilities , where those retiring ten six or two years before regular period. To assess person with disabilities was developed an instrument known as IFBR. The Ministry of Social Security in cooperation with the University of Brasilia conducted a validation research into three stages, in order to analyze whether the instrument was appropriate to the proposals of the Complementary Law 142. The second phase of the research, qualitative, aimed at understanding of the appropriation of concepts related to disability present in the instrument by medical experts, social workers and person with disabilities needing the retirement. Thus, this research analyzes the interviews with the INSS professionals to understand if the access of person with disabilities to differentiated retirement magnifies the social security policy. The need to analyze from the professional's perspective is due to the fact that they work directly in the operation of the Complementary Law and can point out what are the advances and challenges. It was concluded that the Complementary Law 142 extends social security policy, but at the same time, the operationalization of it creates limits for expansion of social rights.

**Key-Words:** Person with Disabilities; Complementary Law 142/2013; Social Security.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Critério para Classificação da Deficiência .....	59
--	----

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIÁTURAS**

APS – Agência da Previdência Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

Confins – Contribuições para o Financiamento da Seguridade Social

Convenção – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CSLL – Contribuições Sociais sobre o Lucro Líquido

Dataprev – Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência

DRU – Desvinculação das Receitas da União

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps  
(Classificação Internacional de Lesão, Incapacidade e Handicap)

IETS – Instituto de Estudos de Trabalho e Sociedade

IF-Br - Índice de Funcionalidade Brasileiro

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

Ipase- Instituto de Previdência e Assistência Social dos Funcionários Públicos

LC 142/2013 – Lei Complementar 142 de 2013

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Previc - Superintendência Nacional de Previdência Complementar

RGPS - Regime Geral da Previdência Social

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UPIAS - Union of the Physically Impaired Against Segregation (Liga dos lesados Físicos contra a Segregação)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 1 – DEFICIÊNCIA E POLÍTICA SOCIAL.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. DEFICIÊNCIA .....</b>	<b>21</b>
1.1.1. Modelo médico e modelo social da deficiência .....	21
1.1.2. A transição entre a ICDH e a CIF .....	24
1.1.3. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência .....	25
<b>1.2. POLÍTICA SOCIAL .....</b>	<b>26</b>
1.2.1. Surgimento da Política Social.....	26
1.2.2. Política Social no Brasil .....	31
1.2.3. Política de Previdência Social .....	34
<b>1.3. ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ÀS POLÍTICAS SOCIAIS.....</b>	<b>37</b>
1.3.1. Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho .....	39
1.3.2. Aposentadoria para Pessoas com Deficiência – Legislação e Operacionalização.....	43
1.3.2.1. Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-BR) .....	46
<b>CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>49</b>
<b>2.2. TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3. SUJEITOS DE PESQUISA .....</b>	<b>51</b>
<b>2.4. COLETA DE DADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>2.5. CUIDADOS ÉTICOS .....</b>	<b>53</b>
<b>2.6. ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>55</b>
3.1. Ampliação da Previdência Social sem uma perspectiva ampla de deficiência...56	
3.2. O resultado da avaliação nem sempre expressa as projeções e as perspectivas dos profissionais.....	58
3.3. A política de Previdência Social é ampliada, mas não o suficiente para enfrentar desigualdades sociais. ....	60
3.4. Deficiência avaliada em graus.....	63
3.5. A Lei Complementar 142 possui um aspecto retroativo .....	65
3.6. Qualidade das perícias garante ou restringe direitos .....	67

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÉDICO PERITO.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICO PERITO .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ASSISTENTE SOCIAL .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ASSISTENTE SOCIAL .....</b>	<b>91</b>

## INTRODUÇÃO

A deficiência por muito tempo foi compreendida por um aspecto individual relacionado à tragédia pessoal. As pessoas com deficiência se encontravam excluídas da sociedade e seus impedimentos individualizados. A falta de sensibilidade em apreender a deficiência e as atitudes em coloca-la como tragédia pessoal, contribuiu para que as pessoas com deficiência fossem ignoradas pelas políticas (OLIVER, 2008). A partir do desenvolvimento dos estudos sobre deficiência houve uma modificação na visibilidade destas pessoas. Ocorreu um forte movimento que buscava debater sobre deficiência como limitação social e não pessoal (OLIVER, 2008), resultando na estruturação de políticas sociais sensíveis à deficiência. É importante analisar o processo de luta das pessoas com deficiência para conquistar direitos que sempre foram colocados como básicos às pessoas sem deficiência.

O modelo biomédico teve forte predominância para conceituar deficiência. Os corpos que apresentavam desvios eram vistos como anomalias que impediam a participação social. O saber biomédico exercia um poder normalizador sobre as pessoas com deficiência com o objetivo de curar estes desvios, num processo de medicalização dos corpos. Em 1970, nos Estados Unidos e no Reino Unido, se iniciou uma reformulação sobre a compreensão da deficiência. Uma nova concepção que retirava o foco da deficiência dos corpos e a colocava no contexto social. Paul Hunt<sup>1</sup>, sociólogo com deficiência, foi responsável por dar início à discussão sobre o modelo social. Esse novo conceito não considerava o corpo com lesão como limitante à participação social, mas os contextos sociais poucos sensíveis que impossibilitavam a inserção da pessoa com deficiência na sociedade (DINIZ, 2007).

Houve um fortalecimento no movimento de pessoas com deficiência que resultou em diversas conquistas, como por exemplo, a revisão da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH* em 1980, conhecida também como Classificação Internacional de Lesão, Incapacidade e Handicap. Mesmo existindo um movimento que trazia uma nova discussão a respeito da deficiência, a Organização Mundial de Saúde – OMS criou um documento que categorizava as deficiências conforme as lesões. Mais uma vez

---

<sup>1</sup> Paul Hunt, sociólogo com deficiência física em razão de Lesão Medular (DINIZ, 2007).

surgia a regulação e medicalização dos corpos, onde deficiência era entendida como doença. Por meio da discussão política dos movimentos sociais que questionava o modelo biomédico de deficiência, surge por volta de 1990, a revisão da ICIDH que resultou na Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. A CIF retirou o caráter patológico da deficiência e passou a considerar a pessoa com deficiência em sua interação com o meio social (DINIZ, 2007).

Essa modificação na compreensão de quem são as pessoas com deficiência chegou às políticas brasileiras. A redação do Benefício de Prestação Continuada – BPC foi modificada. Este benefício foi instituído pela Constituição Federal de 1988, estava previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8.742 de 07 de Dezembro de 1993), mas só foi regulamentado em 2007 por meio do Decreto 6.214. Inicialmente o BPC era destinado para idosos acima de sessenta e cinco anos e pessoas com deficiência que possuam renda familiar percapita de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e encontravam-se incapacitados para o trabalho e a vida independente (BRASIL, 1993). A partir das modificações propostas pelo modelo social de deficiência, em 2011, O BPC passou a avaliar as pessoas com deficiência levando em consideração as barreiras sociais que impossibilitavam a participação social.

Essa modificação na compreensão da deficiência para o BPC teve fortes influências da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A Convenção é um documento resultante das Assembleias Gerais organizadas em 2006 pela Organização das Nações Unidas – ONU. A Convenção tem como objetivo garantir o acesso igualitário das pessoas com deficiência a todos os direitos humanos (ONU, 2006). Com isso, os países signatários se comprometeram a incorporar as propostas presentes na Convenção, considerando deficiência como restrição de participação. O Brasil foi um dos países a assinar a Convenção, esta tramitou de acordo coma Emenda Constitucional nº 45, que assegurou o caráter constitucional.

Em 2013, após a aprovação da Convenção, a presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, aprovou a Lei Complementar 142 - LC 142/2013 que dispõe sobre a aposentadoria das pessoas com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS. Essa Lei considera o debate dos estudos sobre deficiência, pois incorpora no texto legal a definição de deficiência como o encontro do corpo com impedimento com as diversas barreiras sociais (BRASIL, 2013).



A participação do Brasil como um dos países signatários na Convenção é positiva para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Uma vez que reconhece que a sociedade precisa iniciar um processo de reestruturação para que as pessoas com deficiência tenham uma participação social igualitária. A promulgação da LC 142/2013 traz o questionamento se com esses mecanismos a política de previdência social está ampliando. É importante refletir sobre a ampliação da política de previdência social, visto que, a legislação traz a perspectiva dos estudos sobre deficiência que são essenciais para elaboração de políticas que proponham uma melhora na qualidade de vida das pessoas com deficiência (OLIVER, 2008).

A LC 142/2013 tem como pré-requisito a avaliação das pessoas com deficiência para que haja a concessão ou indeferimento da aposentadoria. Essa avaliação é realizada por peritos médicos e assistentes sociais, de modo que se avaliem a experiência da deficiência em interação com as barreiras sociais. Durante as perícias e avaliações sociais, o segurado terá sua deficiência avaliada em graus: leve, moderado ou grave. Nos casos de deficiência leve o segurado será aposentado dois anos antes, moderado seis anos antes e grave dez anos antes. Para que fosse realizada perícia da pessoa com deficiência foi criado pelo Instituto de Estudos de Trabalho e Sociedade – IETS, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, um instrumento de avaliação denominado Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br. Esse instrumento tem o objetivo de refletir sobre aspectos sensoriais, de comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, vida doméstica, educação, trabalho e vida econômica, socialização e vida comunitária.

A partir da promulgação da LC 142/2013 e da construção do IF-Br surgiu a necessidade de uma validação do instrumento para que fosse garantida sua confiabilidade. Dessa forma, em 2014 foi realizado um Termo de Cooperação entre o Ministério da Previdência Social e a Universidade de Brasília – UnB para que fosse executado o processo de validação do IF-Br. Para validar o instrumento foi formulada uma pesquisa que se constituiu em três fases. Esta pesquisa contou com a participação de professores e alunos das áreas de Serviço Social, Saúde Coletiva, Terapia Ocupacional e Estatística.

Durante a inserção em campo, como pesquisadora, e por meio da coleta de dados, ficou claro que a elegibilidade das pessoas com deficiência depende de questões burocráticas que podem estar presentes na operacionalização da LC

142/2013, como também da concepção de deficiência dos profissionais do INSS e do uso do instrumento. Por este motivo, o objeto desta pesquisa está relacionado à perspectiva dos profissionais no que tange a implementação da LC 142/2013. Se os profissionais, perito médico e assistente social, não tiverem um olhar sensível ao processo histórico da luta por direitos, a aposentadoria pode ser indeferida devido a não compreensão da deficiência como restrição de participação social. Assim, a pesquisa realizada buscou compreender a partir da percepção dos peritos médicos e assistentes sociais se a LC 142/2013 ampliou a política de previdência social. Corroborando com esse objetivo Marcelo Medeiros et al (2010) afirma:

Decisões que, à primeira vista, são meramente técnicas podem ter impactos significativos na definição de quem é beneficiado e que volume de benefícios é concedido por uma política social. É por isso que, mesmo quando guiadas por diretrizes amplas, as políticas podem se tornar restritivas em sua operacionalização a depender de como se especificam certos elementos necessários a sua implementação. As microdecisões daqueles encarregados de operacionalizar e gerenciar benefícios tem uma dimensão política, podendo aproximar ou afastar a implementação real do benefício de seus objetivos gerais e, por isso, merecem também a atenção dos analistas (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010).

Por meio dessa reflexão se chegou a este objeto de pesquisa, pois dentro da Política de Previdência Social já existem outras formas de acesso que podem contemplar as pessoas com deficiência, como o auxílio-acidente, auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. Estes são benefícios por incapacidade, ou seja, a pessoa trabalhou por determinado tempo e durante o período laborativo sofreu algum acidente ou foi diagnosticado com certa doença que o incapacitou de forma temporária ou permanente para o trabalho. Esses benefícios não contemplam todas as pessoas com deficiência que estão inseridas no mercado de trabalho. Dessa forma, a aposentadoria prevista pela LC 142/2013 é uma forma de acesso diferenciado, pois vai além das questões médicas e de acidentes de trabalho, mas também considera as barreiras sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência para se inserir no mercado de trabalho.

Levando em consideração o debate proposto de que as pessoas com deficiência, antes da LC 142/2013 entrar em vigor, só tinham acesso à previdência social nos casos de auxílio-doença ou por meio das aposentadorias por invalidez. Este trabalho parte da hipótese de que os assistentes sociais e peritos médicos reconhecem que a lei complementar 142 é um mecanismo de ampliação do acesso das pessoas com deficiência à política de previdência social.

Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é analisar a lei complementar 142 como mecanismo de ampliação da política de previdência social. Seus objetivos específicos são análises baseadas nas contribuições dos estudos sociais sobre deficiência e na perspectiva dos profissionais do INSS. As legislações que regulamentam e operacionalizam a LC 142/2013 serão analisadas numa perspectiva teórica relacionada com os pontos levantados pelos profissionais.

Este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo será apresentado o referencial teórico relacionado aos estudos sobre deficiência e política social. Serão abordadas as discussões biomédicas e sociais a respeito da deficiência e suas repercussões na sociedade. Será apresentado o debate a respeito da tentativa de classificar a deficiência por meio da ICIDH, as críticas a este documento e sua reformulação que resultou na CIF, com uma perspectiva mais ampla do que é deficiência. Será analisada a Convenção e sua importância para o início da formulação das políticas direcionadas as pessoas com deficiência. As políticas sociais tiveram uma construção histórica e política no decorrer dos anos. Ações que antes eram colocadas de cunho caritativo foram ganhando profundidade para que se saísse da perspectiva assistencialista e se constituísse a noção de direitos sociais. O capítulo é finalizado com uma relação entre política social e deficiência a fim de compreender como ocorreram as ações de proteção social destinadas às pessoas com deficiência.

O segundo capítulo se constitui da metodologia utilizada para este Trabalho de Conclusão de Curso. A pesquisa elaborada é de caráter qualitativo, por se aproximar da realidade permitindo a interpretação através do acesso da concepção e opiniões dos profissionais (CRESWELL, 2010). Durante a pesquisa realizada foram coletados setenta e três entrevistas, correspondente aos peritos médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência. Para este trabalho serão consideradas para análise de dados apenas as entrevistas com os profissionais do INSS. A metodologia busca demonstrar os passos realizados para que a análise de dados alcance os objetivos propostos.

Por fim, o terceiro capítulo é referente à análise dos dados que busca apresentar os dados levantados a partir das entrevistas realizados com os profissionais do INSS e relacionados com a legislação proposta. Essa demonstração propõe confirmar ou refutar a hipótese de pesquisa já apresentada, em que se acredita que a LC 142/2013 é responsável por ampliar a política de previdência

social. Para construir esse capítulo, os dados foram analisados e categorizados de maneira que possibilitou a construção de seis eixos temáticos que guiaram a análise de dados a qual demonstrará se houve ampliação ou restrição de direitos sociais.

## **CAPÍTULO 1 – DEFICIÊNCIA E POLÍTICA SOCIAL**

### **1.1. DEFICIÊNCIA**

#### **1.1.1. Modelo médico e modelo social da deficiência**

A concepção contemporânea de deficiência passou por uma construção política. Houve uma forte mobilização e participação dos movimentos sociais de pessoas com deficiência a fim de debater a compreensão da deficiência para além de um corpo com lesão, mas sim considerando o meio de convivência social, que é pouco sensível à participação das pessoas com deficiência (DINIZ, 2007).

O debate atual coloca a concepção de deficiência como expressão da diversidade humana (SANTOS; et al, 2010). No entanto, a sociedade não consegue aceitar o que se difere do padrão de normalidade vigente, que controla corpos e comportamentos. A falta de sensibilidade na construção de ambientes que promovam a participação igualitária gera opressão (DINIZ, 2007). Há mecanismos de poder que buscam a padronização dos corpos. Aqueles corpos que resistem à normalização são frequentemente oprimidos e excluídos da convivência social e, por isso passam a fazer parte de grupos subalternizados.

Tendo como base os discursos sobre a padronização dos corpos, Jean-Jacques Courtine (2009) apresenta casos de pessoas com deficiência que eram expostas a espetáculos de humor por volta da década de 1880. As formas como a deficiência se expressava eram uma oportunidade de exibição do que era considerado anormal para diversão de uma plateia. “As pessoas com deficiências eram enxergadas como monstros que se tornaram objetos comerciais” (COURTINE, 2009. p. 264). Nos espetáculos, considerava-se apenas o corpo com lesão descolado de um contexto social e político.

As apresentações de humor com pessoas com deficiência foram se extinguindo após a Segunda Guerra Mundial. Nesse período de conflito muitos soldados retornaram aos seus lares mutilados, mas com papel de heróis de guerra. As deficiências geradas em campo de batalha tornaram-se uma marca da luta pelos países de origem. Assim, houve uma nova compreensão sobre a deficiência baseada nas tropas mutiladas em campo de batalha. Os corpos não eram mais vistos como desvios dos padrões de normalidades, mas como pessoas que necessitavam de direitos básicos (BONFIM, 2010).

Ainda no debate da normalização dos corpos, a medicina teve papel fundamental na desconstrução da deficiência como monstruosidade, colocando-a no campo das doenças, como afirma Courtine (2009). A deficiência era compreendida como um corpo que necessitava de intervenções médicas para se adequar ao padrão de normalidade. Acaba-se com o papel de monstro, mas continua o discurso pela padronização dos corpos. O corpo precisava ser remodelado, reeducado para se encaixar nos padrões corponormativos presentes na sociedade (COURTINE, 2009).

A aproximação do saber médico com a deficiência contribuiu para que esta passasse a ser vista como a expressão de um corpo doente. O modelo biomédico da deficiência traz uma abordagem biológica, onde um corpo com impedimentos é a sequela de alguma doença ou desvio que causa incapacidade para participação social. Assim, essa incapacidade não permite que a pessoa com deficiência tenha uma participação social plena (FRANÇA, 2013). A medicina assume a função de normalizar o corpo com o objetivo de que, tornando-o próximo ao normal as desigualdades enfrentadas na vida em sociedade diminuíssem. Nesta concepção, o corpo precisa se adequar para viver em sociedade. O modelo biomédico da deficiência aborda a perspectiva de que são os impedimentos do corpo que dificultam a participação na sociedade (DINIZ, 2007).

Por volta de 1970 alguns estudos vindos do Reino Unido e dos Estados Unidos trouxeram uma nova concepção a respeito da deficiência. Essa nova perspectiva ficou conhecida como modelo social e foi responsável por analisar a deficiência para além do impedimento corporal. As questões corporais não deixaram de ser consideradas, mas expandiu para falta de sensibilidade das estruturas sociais. Com a insurgência deste modelo, a deficiência passou a ser descrita por termos políticos (DINIZ, 2007), já que anteriormente ela era compreendida apenas com base nos corpos que tinham desvios.

Paul Hunt, sociólogo com deficiência, foi um dos responsáveis pela construção do modelo social de deficiência no Reino Unido. Ele enviou uma carta ao jornal *The Guardian*, em 1972, solicitando que as demandas das pessoas com deficiência fossem encaminhadas ao parlamento britânico. Naquele período, as pessoas com deficiências graves eram ignoradas, institucionalizadas, excluídas do convívio social. O contato realizado com o jornal fez com que houvesse manifestações de várias pessoas, resultando, anos depois, na constituição dos

movimentos sociais das pessoas com deficiência. A *Union of the Physically Impaired Against Segregation - UPIAS*, Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação, foi o primeiro resultado dessa movimentação. A *UPIAS* teve um papel fundamental na compreensão da deficiência como opressão social (DINIZ, 2007).

O modelo social da deficiência questiona o que é colocado pelo modelo biomédico. A questão colocada em debate é de que não são apenas as particularidades do corpo que justificam a desigualdade de participação, mas principalmente as diversas barreiras sociais impostas pela sociedade. O modelo biomédico é um saber insuficiente para descrever a deficiência, pois este não leva em consideração a opressão que existe na sociedade. As construções culturais e sociais não consideram a diversidade humana.

O objetivo do modelo social da deficiência é: promover o entendimento de que a dificuldade de interação social da pessoa com deficiência não está no seu impedimento corporal, mas sim nos desajustes da sociedade, rompendo com a perspectiva da deficiência como anormalidade e relacionada ao corpo doente. O modelo social da deficiência traz uma inquietação a respeito da concepção abordada pelo modelo médico. Ele a coloca como uma perspectiva limitada, mas não desconsidera os avanços trazidos pela medicina (SANTOS, 2009). O modelo biomédico apresenta a necessidade de intervenções no corpo para se alcançar a normalidade, já o modelo social coloca que as intervenções devem ser realizadas principalmente na sociedade para desconstruir as barreiras sociais.

É possível identificar ao menos duas gerações do modelo social da deficiência (DINIZ, 2007): a primeira geração, organizada por homens com deficiência, majoritariamente com Lesão Medular, se estruturava com base na opressão social pela deficiência, relacionada à produtividade no sistema capitalista. O princípio do modelo social é que a deficiência está no contexto social que padroniza quais corpos se adequam a participação social. Assim, as pessoas com deficiência não conseguem se incluir no trabalho produtivo, pois este não se estrutura para sua entrada. Há uma negação dos impedimentos corporais, o sistema capitalista não gera oportunidades para todas as expressões da diversidade humana e consequentemente impede que as pessoas com deficiência sejam independentes. Este mecanismo opressor faz com que as pessoas com impedimentos corporais experimentem a deficiência (DINIZ, 2007). No contexto da primeira geração há a discussão de inclusão da pessoa com deficiência nos sistemas de produção.

A segunda geração vem de uma aproximação do debate sobre deficiência com os estudos feministas, protagonizada por mulheres com deficiência e cuidadoras de pessoas com deficiência. Esta geração apresenta uma discussão a respeito do cuidado e da interdependência. Os impedimentos corporais devem ser considerados e exigem cuidados. Por mais que as barreiras sociais sejam eliminadas, existem pessoas com deficiências mais graves que não conseguirão ter uma participação social plena e ser produtiva (DINIZ, 2007). A abordagem sobre cuidado é importante, pois este é inerente ao ser humano. Não se pode desconsiderar o cuidado como uma demanda da pessoa com deficiência e de todas as outras pessoas (DINIZ, 2007).

#### 1.1.2. A transição entre a ICIDH e a CIF

Junto ao movimento de consolidação do modelo social da deficiência houve a publicação da *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* - *ICIDH*, ou Classificação Internacional de Lesão, Incapacidade e Handicap, publicada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1980. O documento tinha como objetivo categorizar a deficiência conforme os tipos de lesão. Incompatível ao modelo social surge como uma catalogação baseada no modelo médico de deficiência, um retrocesso dentro das discussões que garantiam avanços na conquista dos direitos das pessoas com deficiência. A ICIDH trazia uma relação entre lesão, deficiência e handicap<sup>2</sup> que colocava a deficiência como consequência de uma lesão que impedia o desempenho de atividades de maneira considerada normal. A ICIDH trazia, assim, a concepção de deficiência como desvantagem individual (DINIZ, 2007). A frequência do termo normalidade no documento reforça o debate sobre padronização dos corpos e desvios, onde outras formas dos corpos se expressarem são consideradas anormais.

Com o fortalecimento do movimento das pessoas com deficiência e entrada da temática no campo acadêmico, houve um debate para que a ICIDH fosse repensada. Assim, a revisão da ICIDH resultou na Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. A CIF retirou o caráter patológico da deficiência e passou a considerar a pessoa com deficiência interagindo com o meio social. Ela

---

<sup>2</sup> Handicap é uma expressão que foi considerada como depreciativa. A tradução para Handicap é “Chapéu na mão”, o que traz uma relação entre as pessoas com deficiência e pedintes (DINIZ, 2007).



avalia as atividades e participação em diferentes domínios da vida (DINIZ, 2007). A CIF tem o objetivo de estabelecer critérios que meçam as barreiras e as restrições de participação existente na sociedade, propondo, assim, uma avaliação entre o indivíduo e a sociedade, não mais classificando deficiência apenas como uma dimensão da vida privada. Segundo Debora Diniz, “Uma pessoa com deficiência não é simplesmente um corpo com impedimentos, mas uma pessoa com impedimentos vivendo em um ambiente com barreiras” (DINIZ, 2009, p. 72).

Os discursos de normalidade colocam as pessoas com deficiência como vítimas de um sistema de práticas discriminatórias (DINIZ; SANTOS, 2010). Há discriminações e violações de direitos, pois a sociedade vigente não abre espaço à expressão da diversidade humana (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2010). A transição da ICIDH para CIF foi um marco muito importante, pois reconhece o direito das pessoas com deficiência na luta contra a discriminação e pela promoção da igualdade.

### 1.1.3. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Concomitante ao processo de revisão da ICIDH e da luta dos movimentos sociais para o reconhecimento do modelo social, houve a construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2006. Esta Convenção foi promovida a partir de encontros organizados pela Organização das Nações Unidas, países signatários e sociedade civil e tem como objetivo garantir o acesso igualitário das pessoas com deficiência a todos os direitos humanos (ONU, 2006). Além disso, a Convenção teve papel fundamental no reconhecimento do modelo social da deficiência, considerando deficiência como restrição de participação (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

A Convenção aborda a deficiência a partir da interação com o meio social. O que promove a desigualdade são as barreiras sociais que restringem a participação social das pessoas com deficiência (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). A Convenção reafirma a concepção que vem sendo debatida desde a década de 1970, onde deficiência é compreendida como restrição de participação, ou seja, ela se expressa quando a pessoa não consegue ter acesso a diversas áreas da vida cotidiana de maneira igualitária porque a sociedade não está preparada para

garantir suas necessidades. O debate biomédico não é excluído, ele é considerado, mas a deficiência passa a ser descrita também como uma questão de direitos humanos (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

O Brasil foi um dos países signatários e ao assinar a Convenção o país se comprometeu a efetivá-la. Dessa forma, por meio da tramitação conforme Emenda Constitucional nº 45, foi dada à Convenção um status constitucional. Portanto, após esse processo, a construção das políticas sociais deve ser estruturada abordando os conceitos trazidos por este documento.

A Convenção fez com que se iniciasse um processo de estruturação das políticas direcionadas às pessoas com deficiência para que se promovessem os direitos humanos e a justiça social no Brasil. Dessa forma, o conceito de deficiência nas políticas brasileiras deve abordar o copo com impedimentos relacionado às barreiras sociais, como está instituído pela Convenção.

O debate trazido pela Convenção contribuiu para o fortalecimento dos direitos das pessoas com deficiência consolidando a luta deste movimento social na garantia do acesso a direitos sociais. Entre os anos de 2003 a 2008 já existiam quatrocentos e trinta e um Projetos de Lei apresentados ao Congresso Brasileiro. As categorias dos Projetos eram relacionadas à Acessibilidade, Assistência Social, Direitos e Garantias, Direito Penal, Educação, Habitação, Isenções e Incentivos, Previdência Social, Saúde, Trabalho e outros. Após a Constituição Federal de 1988 foram vinte e sete leis aprovadas com o objetivo de garantir direitos às pessoas com deficiência (BONFIM, 2010).

## **1.2. POLÍTICA SOCIAL**

### **1.2.1. Surgimento da Política Social**

A política social é caracterizada como política pública devido ao compromisso que se tem com toda sociedade de garantir que as necessidades sociais coletivas sejam atendidas. O termo público traz o significado de destinado a todos, mas não está relacionado apenas com o Estado, pois também é necessário o poder de decisão e controle da população (BOSCHETTI, et. al. 2008). Para que as ações da política social alcance seus objetivos é necessário uma intervenção estatal, mas esta intervenção só terá efeito com a participação da sociedade civil, exercendo o

controle social. Dessa forma, a política social é uma política pública que busca atender as necessidades sociais e possui princípio de garantia de direito (PEREIRA, 2009).

Foi com a efervescência do capitalismo que se iniciou uma discussão maior a respeito das políticas sociais, mas como coloca Ivanete Boschetti e Elaine Behring (2011) não se pode ser preciso quanto as primeiras ações. Nas sociedades pré-capitalistas já era possível notar algumas iniciativas para amenizar as manifestações populares. As medidas executadas neste período possuíam uma perspectiva caritativa e moral. A Lei dos Pobres – *Poor Law*, datada do século XIV foi uma das primeiras regulações do Estado para controlar o que era visto como desordem social (PEREIRA, 2009). O indivíduo era culpabilizado pela situação em que se encontrava. As ações eram estigmatizantes e categorizavam as pessoas entre capazes e incapazes para o trabalho.

Neste contexto, havia os pobres impotentes (idosos e pessoas doentes), os capazes para o trabalho, e os capazes que se recusavam fazê-lo. A centralidade das ações era o trabalho porque a pobreza era vista como “vagabundagem”. Após essa classificação, os considerados impotentes eram encaminhados a asilos; os capazes ao trabalho para *workhouses*, locais de trabalho e moradia, ambos precários; e os que não queriam trabalhar, considerados corruptos, iriam para unidades de correção. No entanto, devido à ineficiência do programa, todos os pobres passaram a ser encaminhados às *workhouses* (PEREIRA, 2009). A análise adotada pelos planejadores da lei era de que o indivíduo estava em uma situação de vulnerabilidade social por conta própria e a partir do trabalho ele conseguiria alcançar uma vida digna. Como colocado por Potyara Pereira (2009), as *workhouses* eram instituições de exploração de trabalho. Não havia a intenção de promover uma proteção social, mas sim de explorar mão de obra barata.

A expansão da pobreza era solucionada por meio de medidas coercitivas. A lógica das *workhouses* pode ser compreendida através de uma análise Foucaultiana. Foucault, séculos após as *workhouses*, trouxe a discussão da disciplina como forma de dominação. A disciplina fabrica corpos dóceis, passíveis de manipulação e modelagem para obedecer a determinadas regras. Os corpos são submetidos a ações disciplinares para que desenvolvam habilidades adquirindo utilidade (FOUCAULT, 1999). A forma de combater a pobreza não estava em medidas políticas, mas sim em ações disciplinares que reforçava o indivíduo como

único sujeito a poder mudar sua vida. Com a mudança de comportamento e a inserção em um trabalho o indivíduo se torna útil à sociedade. No entanto, no contexto histórico sua utilidade não necessariamente o retiraria de uma situação de empobrecimento devido à exploração do trabalho pelo capital.

As intervenções destinadas aos capazes, incapazes e capazes que não desejavam trabalhar demonstra que ação disciplinar impõe que todas as pessoas ajam de uma forma padronizada. O reconhecimento da pobreza como “vagabundagem” mostra que a disciplina era adotada para evitar tensões e questionamentos. O combate à pobreza está na inserção no trabalho seja por vontade própria ou não, mesmo este não provendo condições dignas de vida.

Posteriormente à Lei dos Pobres foi promulgada a Lei Gilbert em 1782. Essa legislação aboliu as práticas da *workhouses* e instituiu práticas de assistência externa. Em 1795, houve a criação do sistema *Speenhamlad*, onde a proteção social pública passou a ser compreendida como direito do trabalhador. Assim, cada trabalhador passou a receber um benefício salarial que tinha como base o valor do pão e o tamanho da família (PEREIRA, 2009). A conjuntura daquele período mostra que a pobreza continuava em crescimento, e como saída as ações que visavam uma proteção social passaram a ser direcionadas não apenas a aqueles que estavam aptos para o trabalho, mas também aqueles que eram considerados incapazes.

A evolução do sistema capitalista trouxe a perspectiva liberal para organização do Estado. Com isso, foi elaborada uma Nova Lei dos Pobres, em 1834, conhecida como *Poor Amendment Act*. Esta lei significou um retrocesso, pois houve a reativação das *workhouses* e os benefícios dos trabalhadores fora extinto (PEREIRA, 2009). Com a introdução das ideias liberais, as iniciativas de proteção social da época passaram a favorecer ainda mais os capitalistas do que a população.

No século XIX houve várias ações que começaram a consolidar as políticas sociais devido ao aumento da classe operária e sua tomada de consciência política que resultou na luta por direitos sociais da classe trabalhadora. Esse processo ocorreu devido emergência da questão social<sup>3</sup>. O desenvolvimento do capitalismo trouxe consequência aos trabalhadores. A Revolução Industrial foi responsável pelo

---

<sup>3</sup> Expressões de desigualdade social vivenciadas pelos trabalhadores devido às poucas condições dignas de trabalho e vida (IAMAMOTO, 2001).

estabelecimento de uma nova forma de desenvolvimento econômico que contribuiu para o aumento expressivo da jornada de trabalho, condições insalubres para sua realização e salários precários. Esses fatores influenciaram diretamente na vida dos indivíduos, que passaram por um processo de pauperização, de empobrecimento. A luta da classe trabalhadora tinha o objetivo de dar visibilidade aos direitos que estavam sendo violados e exigir intervenção estatal para o enfrentamento da questão social (IAMAMOTO, 2001). Nesse sentido, a política social possui o papel de atender as necessidades básicas da população, para que estas tenham condições dignas de vida.

No entanto, a proteção social neste contexto só passou a ser objeto de discussão devido às mobilizações dos trabalhadores. Quanto mais mobilizada é uma classe, mais pressão ela faz para que o Estado intervenha. Devido a essa articulação entre os trabalhadores, que algumas políticas começaram a ser implementadas. Esse processo foi gradual. Para conter a mobilização na Alemanha, por exemplo, o chanceler Otto von Bismark instituiu os seguros sociais em 1883, de caráter obrigatório e contributivo. A lógica dos seguros traz a ideia de proteção social, mas apenas para categorias específicas de trabalhadores e seus familiares (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

Tem-se notícia de outras legislações que tiveram o objetivo de iniciar um reconhecimento da política social como um direito. Alguns exemplos são a *Workmen's Compensation Act*, em 1897, que buscava inserir o seguro contra acidentes de trabalho nas indústrias inglesas; e a *Old Age Pension Act*, em 1908, que concedia uma pensão aos idosos sem prévia contribuição. Porém, essas iniciativas eram práticas isoladas, que na visão dos empresários e donos de fábricas prejudicavam seus interesses (PEREIRA, 2009), pois estes teriam que zelar e garantir que os trabalhadores contratados tivessem espaços de trabalho seguros.

As Revoluções Industriais provocaram um amadurecimento do capitalismo, por meio do desenvolvimento econômico e aumento da escala de produção, que geravam altas taxas de lucro. No entanto, houve um rompimento nesse ciclo, consequência da crise de 1929, onde as taxas de lucro caíam e as de desemprego aumentaram. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A crise de 1929 ficou conhecida como a crise de superprodução. Com o desenvolvimento industrial houve o incremento das máquinas que resultou em desemprego e como consequência se teve uma queda no consumo.

Anterior à crise, havia a crença na auto regulação do mercado. O Economista Adam Smith sustentava a ideia de que havia uma “mão invisível” que regulava naturalmente o mercado e suas relações sociais. Segundo a ideia de Smith, o Estado alcançaria um bem-estar coletivo através de ações individuais, e isso se constitui como lei natural, não havendo a necessidade de intervenção Estatal (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A crise veio provar que a ideia de auto regulação não existe, pois não existe a possibilidade do mercado se equilibrar sozinho. Nesse contexto, juntamente com o período pós-guerra, que o economista John Keynes (1883-1946) propôs a intervenção estatal como forma de acelerar a econômica novamente, essa iniciativa ficou conhecida como *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

Pode-se perceber que houve várias iniciativas de ações de proteção social no decorrer do tempo. Porém, apenas com a consolidação do *Welfare State*<sup>4</sup> que a política social começa a se estruturar, pois essa intervenção estatal proposta por Keynes visa a consolidar alguns direitos sociais (PEREIRA, 2009). Além disso, o *Welfare State* traz uma perspectiva de tentar romper com a individualização da questão social. O planejamento desenvolvido por Keynes era de investimento em pleno emprego e igualdade social, por meio da geração de empregos e das políticas sociais. (BOSCHETTI; BEHRING, 2011).

Em 1940, a política desenvolvida pelo *Welfare State* foi reforçada pelo Relatório Beveridge, que apresentava uma reforma da proteção social, para que sua ampliação alcançasse as pessoas em situação de vulnerabilidade social que não conseguiam ter suas necessidades atendidas por meio dos seguros já existentes (PEREIRA, 2009). O relatório colaborava para concepção de política social não contributiva, a fim de que a proteção social se caracterizasse de forma universal.

O *Welfare State* é considerado o ápice das políticas sociais (PEREIRA, 2009), pois foi no momento conhecido como anos dourados do capitalismo, que a proteção social teve maior visibilidade e apoio estatal para lidar com as expressões da questão social. No entanto, com o fortalecimento das ideias neoliberais e as mudanças econômicas, o *Welfare State* entrou em declínio. Os princípios trazidos

---

<sup>4</sup> *Welfare State* é o conceito utilizado para descrever as ações de intervenções estatais no âmbito social e econômico que ocorreram na Inglaterra. Em países como França e Alemanha que também tiveram experiências com o modelo de intervenção estatal que previa o bem-estar da população, o conceito utilizado é *Etat-Providence* e *Sozialstaat*, respectivamente. Em cada país houve uma constituição própria, sendo assim, não são conceitos sinônimos (BOSCHETTI, 2002).

pelos neoliberais<sup>5</sup> eram de que o Estado deveria intervir o menos possível nas relações sociais entre capital e trabalho, transformando-se em um Estado mínimo. Com o Estado mínimo surge a discussão da privatização dos serviços públicos, como as políticas sociais. A justificativa para as privatizações era de que o Estado não possuía recursos suficientes, necessitando recorrer aos setores privados, família e terceiro setor para atender as demandas da população. Outra perspectiva era de que as ações estatais de políticas não influenciavam as pessoas ao trabalho (PEREIRA, 1998).

### 1.2.2. Política Social no Brasil

No Brasil, as políticas sociais foram instituídas mais tarde do que na Europa devido ao contexto político estabelecido. O Brasil do século XIX era escravista, não havia direitos trabalhistas ou sociais (BOSCHETTI; BEHRING, 2011). As primeiras mobilizações da classe trabalhadora ocorreram durante República Velha.

O período datado de 1889 até 1930, conhecido como República Velha tinha como conjuntura um país agrário-exportador, com atividades vinculadas a extração de minérios, exportação de café e outros produtos agrários. O Brasil tinha uma infraestrutura pouco desenvolvida que dificultava a comunicação entre as cidades. Devido a este contexto, iniciou-se no país um processo de industrialização que foi responsável pela consolidação no mercado de trabalho por meio da construção de ferrovias, rotas marítimas e serviços de comunicação. Com esse desenvolvimento instalado houve estruturação do trabalho assalariado, que englobava a população brasileira, mas grande parte das vagas era destinada aos imigrantes, pois possuíam mão de obra mais barata e qualificada (SILVA, 2012).

O processo de industrialização contribuiu para o desenvolvimento econômico, mas em contrapartida cooperou para o aumento das jornadas de trabalho em escalas absurdas, condições de trabalho desumano dentro das fábricas instaladas no Brasil, salários precários, altos índices de acidentes de trabalho, que eram naturalizados. Houve um processo de pauperização da vida dos trabalhadores.

---

<sup>5</sup> Neoliberais ou neoconservadores são ideologias políticas conhecida como “Nova Direita” responsável por promover a redução do Estado, tornando-o mínimo para as ações sociais, transferindo para o setor privado as responsabilidades com a proteção social (PEREIRA, 1998).

Neste período não havia uma proteção social efetiva, e sim práticas de assistencialismo (BOSCHETTI, 2006).

Juntamente com o processo de industrialização do Brasil houve a ampliação do grau de mobilização dos trabalhadores que promoveu a tomada consciência destes. Os resultados da mobilização do movimento operário foram greves que tiveram efeito na aquisição de alguns benefícios sociais limitados. Segundo Vicente Faleiros (2009), conquistas limitadas para que não afetasse a lógica de mercado. Apenas algumas categorias profissionais conseguiram adquirir uma pequena proteção social, pois quanto mais mobilizados são os trabalhadores, maior é sua capacidade de pressão (SILVA, 2012). Os trabalhadores responsáveis por áreas que contribuíam para estruturação do país (ferrovias, docas, frota mercante e serviços públicos como transporte urbano, eletricidade e bancos) eram os mais organizados politicamente e tinham mais poder de pressão por estarem relacionados à necessidades do capital, eram categorias profissionais que estavam atreladas ao modo de produção capitalista vigente. Essa organização foi primordial para luta por melhoria nas condições de trabalho e na reivindicação por proteção social.

A proteção social, nesta época, era baseada em ações de caridade. A responsabilização do Estado era retirada, colocando os benefícios sociais como mera ajuda do governo. Esta concepção pode ser identificada pela Lei 3.724, de 15 de janeiro de 1919 que dispõe sobre indenização para os acidentes de trabalho. Um avanço para o período, mas que devido à naturalização dos acidentes de trabalho, era compreendida como privilégio. Para que o benefício fosse concedido era necessária investigação policial que comprovasse a veracidade do acidente de trabalho (BOSCHETTI, 2006).

Aos poucos e como muita luta, a política social foi se estabelecendo. O Brasil passou por momentos de conflitos e retenção de direitos e liberdades durante a ditadura militar. No entanto, foi o momento em que as políticas sociais foram fortalecidas. Uma ação contraditória, vista como forma de amenizar todo momento de tensão que o país vivia. Os direitos sociais eram desenvolvidos e garantidos, em contrapartida os direitos civis e políticos eram cada vez mais reprimidos (PEREIRA, 2012).

Em 1985 tem-se o fim da ditadura no Brasil e o início do processo de redemocratização. O fato marcante do fim do período de autoritarismo foi a organização da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã.



Essa característica atribuída à Carta Magna ocorreu devida as grandes discussões de direitos sociais e cidadania e também por conta da participação popular na sua elaboração. As políticas sociais foram apresentadas como políticas de Seguridade Social, com caráter universal, visando à proteção social da população. Porém, como coloca Pereira (2012), as vertentes conservadora atuantes no país, impediram que o texto original fosse aprovado, pois ia de contra a ideologia de intervenção estatal mínima.

A Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988 se constituiu em um tripé de políticas destinadas à Saúde, Assistência Social e Previdência Social. As políticas de Seguridade são de caráter universal. As políticas de Saúde e Assistência Social não necessitam de prévia contribuição, ao contrário da Política de Previdência Social. No entanto, o requisito de contribuição não elimina o caráter universal da previdência, pois ela se universaliza possibilitando contribuições proporcionais aos diversos salários dos trabalhadores promovendo uma perspectiva de redistribuição.

Com o decorrer dos anos e o fortalecimento da perspectiva neoliberal, pôde-se observar que as políticas sociais previstas na Constituição não foram executadas conforme seu texto. A força que a ideia de mercado traz nessa ideologia fez com que houvesse um crescimento na focalização e privatização das ações. Como é o exemplo da privatização da saúde e da transferência dos serviços da assistência social para o terceiro setor, análise que pode ser confirmada por Potyara Pereira (2012):

[...] a ética da autoproteção social que está se fortalecendo e se impondo como a ortodoxia do momento mundo afora, incluindo o Brasil, funciona apenas para os pobres e, por isso, produz as seguintes consequências: focaliza a política social na pobreza extrema e transforma essa política de ativação dos indigentes para o trabalho, geralmente precário, por meio de condicionalidade ou contrapartidas que, na maioria das vezes, revelam-se autoritárias e punitivas (PEREIRA, 2012).

A ideia de meritocracia faz com que se dê maior visibilidade da noção de que o indivíduo é culpado pela sua situação de vulnerabilidade social. A inserção no mercado de trabalho é a saída para pobreza, mas se o indivíduo não consegue se estabelecer, devido à própria lógica de mercado seletiva, ele é responsabilizado por isso. O Estado se torna mínimo para sociedade e máximo para o capital, que tem um espaço maior para investimentos. Segundo Faleiros (2009) as políticas se organizam de maneira que irá beneficiar a população, mas por trás há os interesses

latentes dos empresários. O Estado atua conforme a correlação de forças (FALEIROS, 2009).

### 1.2.3. Política de Previdência Social

As primeiras iniciativas de políticas sociais no Brasil ocorreram devido à organização dos trabalhadores no período industrial. As reivindicações e mobilizações influenciadas por um contexto internacional das grandes guerras e revoluções que estavam ocorrendo no mundo e a necessidade de continuação da possibilidade imediata da reprodução da mão de obra do trabalhador, fez com que os primeiros benefícios adquiridos fossem previdenciários. Em 1923 foi promulgada a Lei Elói Chaves, pelo Decreto-lei 4.682, de 24 de janeiro. A partir dessa lei, instituíam-se Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, iniciando a estruturação da previdência social próxima à lógica que existe atualmente. As caixas de aposentadoria garantiam o atendimento médico, o acesso a medicamentos, aposentadorias e a pensões por morte. Era de caráter contributivo, apenas as pessoas inseridas no mercado formal de trabalho tinham acesso aos benefícios. Dessa forma, a lei Elói Chaves foi uma maneira de incentivo ao trabalho (SILVA, 2012).

As CAPs seguiam o modelo alemão da década de 1880, conhecido como bismarckiano, que é organizado entre algumas categorias profissionais, em que os seguros privados são derivados de contribuições sociais e a gestão e financiamento é realizado entre trabalhadores e empregadores, a intervenção estatal é mínima (SILVA, 2012). Essa configuração foi desconstruída com o Decreto 5.128 de 31 de dezembro de 1926, que criava o Instituto de Previdência e Assistência Social dos Funcionários Públicos – Ipase. Com a criação deste órgão, o Estado passa a ter um caráter mais regulador (BOSCHETTI, 2006).

Durante o governo do Presidente Getúlio Vargas até a ditadura militar se presenciou um movimento de estruturação da previdência social com a criação de legislações e órgãos responsáveis por gerir e fiscalizar as ações dessa política. No entanto, foi com a Constituição Social que a previdência tomou forma e foi consolidada. Anterior a Constituição a previdência social era tratada na perspectiva de seguro, após 1988 passou a ser vista como direito social.

A Constituição Federal de 1988 é um marco histórico na consolidação de direitos sociais. A Carta Magna trouxe a Seguridade Social articulada às ações políticas já existentes no Brasil (SILVA, 2012). A Seguridade Social visa à garantia universal de condições dignas de vida à população. Esse processo rompe com a individualização dos problemas sociais e os transforma em questão para o Estado (VIANNA, 2012).

Por meio da Constituição de 1988 que a previdência social passou a garantir benefícios sociais, por meio de prévia contribuição, ainda havia derivação do trabalho, mas sem divisão das categorias profissionais. Houve uma estruturação e ampliação da política de previdência. Após a Carta Magna, houve a inclusão dos trabalhadores rurais e em 1990 foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, responsável até os dias de hoje pelo gerenciamento dos benefícios sociais. A política previdenciária passou a ser dividida entre Regime Geral da Previdência Social - RGPS, destinada aos trabalhadores geridos pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, o regime próprio dos servidores públicos e a Previdência Complementar.

No entanto, os governos posteriores à Constituição Federal, marcados pela ideologia neoliberal, não garantiram os direitos sociais da maneira que estava previsto. O neoliberalismo, responsável pela crença na ineficiência do Estado, colocou as políticas sociais garantidoras de direitos, como responsáveis pelos déficits no orçamento (FALEIROS, 2009). A partir dessa ideia, inicia-se uma forte discussão sobre a previdência privada baseada na capitalização como mecanismo para que as taxas de lucro continuassem elevadas. O montante direcionado a previdência social não seria regulado e operacionalizado pelo governo, mas sim por entidades particulares que poderiam aplicar o dinheiro do trabalhador em outras áreas de interesses das empresas, além de retirar o encargo de contribuições dos empregadores (VIANNA, 2012).

Com o aumento das taxas de desemprego e aumento do trabalho informal, houve uma diminuição nas contribuições previdenciárias (MARQUES; BATICH, 2003). Por meio dessa conjuntura que foi pensada a reforma da previdência social, consolidada por meio da Emenda Constitucional número 20, proposta pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, seguindo as recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional – FMI. Como coloca Faleiros (2000), as modificações previstas retornavam para a noção de previdência social como seguro

e não como direito do trabalhador. A reforma proposta foi baseada nas leis de mercado e não na concepção de direito social. A seguridade social responsabiliza o Estado pela garantia dos direitos dos cidadãos (VIANNA, 2012), com a reforma em pauta a noção de previdência social como direito passa a ser desconstruída, como afirma Vicente Faleiros:

As reformas da previdência social se inscrevem num processo contraditório em que os trabalhadores lutam por garantir direitos, entre eles o direito à vida, num contexto democrático e num Estado de direito, e os grandes negócios e o capital financeiro promovem uma política de eliminação e de redução dos direitos para sustentar com mais força as bases de uma produção complexa, sem salários estáveis, financeirizada e com fundos privados ao invés dos fundos públicos, e com um Estado desregulamentado (FALEIROS, 2000).

As lutas sociais e a correlação de forças são evidentes no processo de garantia de direitos. Quando se inicia um processo que beneficiará a classe trabalhadora, se intensifica as ações pautadas nos interesses empresariais regulando as intervenções estatais, para que não haja um rompimento da acumulação capitalista, e a responsabilização destes pela vida dos trabalhadores.

A Emenda Constitucional número 20 de 1998 trouxe mudanças relacionadas com a substituição da aposentadoria por tempo de serviço pela aposentadoria por tempo de contribuição e criação do fator previdenciário<sup>6</sup>. As propostas apresentadas foram formas de evitar que houvesse aposentadorias precoces (MARQUES; MENDES, 2004), pois principalmente com o fator previdenciário o trabalhador receberia uma proporção pequena quando se aposentasse.

Durante o governo Lula houve uma transformação na situação do país, as políticas sociais antes ignoradas, tomaram visibilidade para o enfrentamento da pobreza. Entretanto, continuou-se com políticas econômicas que facilitavam os investimentos dos empresários. Não houve rompimento com o neoliberalismo, a pobreza diminuiu, mas a desigualdade social permaneceu (PEREIRA, 2012). A reforma proposta por este governo incidia, em sua maioria, no financiamento da Seguridade Social. O financiamento deixou de ter base diversificada, como previa a Constituição, pois houve a extinção das Contribuições para o Financiamento da Seguridade Social – Confins e Contribuições Sociais sobre o Lucro Líquido – CSLL e diminuição da contribuição dos empregadores (SILVA, 2012). A mudança do financiamento faz com as políticas de Seguridade Social perdessem recursos para o

---

<sup>6</sup> O fator previdenciário é um cálculo para o benefício de aposentadoria com base na idade, tempo de contribuição e expectativa de vida do trabalhador (MARQUES; MENDES, 2004).

seu desenvolvimento, e o trabalhador arcasse com uma parcela maior de contribuição do que o empregador.

As reformas propostas tanto pelo governo FHC como pelo governo Lula foram embasadas em um falso déficit da previdência social. A previdência social em 2002 teve superávit de 32,96 bilhões (MARQUES; MENDES, 2004). O déficit ocorre devido a Desvinculação das Receitas da União – DRU, que permite a retirada de 20% dos recursos destinados a políticas de seguridade social para o pagamento da dívida externa (SILVA, 2012). A propagação da notícia de déficit foi um mecanismo adotado para que as reformas fossem vistas como algo positivo para população, mas que por trás de todo discurso culminam no enfraquecimento dos direitos sociais. Essas reformas ficaram conhecidas como contrarreformas. As mudanças executadas não beneficiaram a classe trabalhadora, na verdade contribuiu para um esgotamento dos direitos sociais. Segundo Pereira (2012), a contrarreforma foi responsável pelo enfraquecimento das conquistas de direitos proporcionados pela Constituição Federal.

### **1.3. ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ÀS POLÍTICAS SOCIAIS**

Como já apresentado anteriormente, as políticas sociais no contexto das Leis dos Pobres do século XIV, destinavam ações para pessoas com deficiência, estas eram tratadas como os incapazes para o trabalho. As ações eram de cunho assistencialista, as pessoas com deficiência eram consideradas incapazes devidos aos impedimentos físicos e colocadas nas *Workhouses*. As políticas não eram de ações afirmativas que contribuíam para participação social destas pessoas, mas sim de institucionalização. A institucionalização das pessoas com deficiência se constituía como mecanismo de controle das pessoas que não eram produtivamente ativas (OLIVER, 2008).

O responsável por segregar as pessoas com deficiência e fortalecer as barreiras que limitam a participação social, foi à necessidade de controle da sociedade no que é considerado desviante dos padrões de normalidade (OLIVER, 2008). Foi devido às práticas de controle das pessoas com deficiência e outros grupos subalternizados que as ações médicas se desenvolveram com o objetivo de intervir nos desvios (OLIVER, 2008). As intervenções do modelo médico

contribuíram para a medicalização dos corpos, trazendo ações para o âmbito da saúde, individualizando os corpos e colocando a superação dos impedimentos corporais como forma de inserção na sociedade. Como Barnes (2013) afirma, é mais fácil individualizar os problemas do que intervir na sociedade.

Com o fortalecimento do movimento de pessoas com deficiência que houve uma modificação nas ações políticas. O debate sobre a falta de sensibilidade à diversidade humana pressionou os Estados a elaborarem políticas destinadas às pessoas com deficiência. A Convenção foi importante para a consolidação dessas políticas.

No entanto, anterior a Convenção já havia políticas voltadas à pessoa com deficiência no Brasil, como por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada – BPC. Este benefício é da Política de Assistência, mas é executado pela Previdência Social por meio do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Ele é destinado para idosos a partir de sessenta e cinco anos e pessoas com deficiência, com o critério para ambos de que possuam renda familiar percapita de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. Anterior à discussão internacional sobre deficiência, a elegibilidade do benefício era atribuída à incapacidade ao trabalho e a vida independente (BRASIL, 1993), conforme consta no Decreto 6.214 de 2007 que regulamenta o BPC. Essa concepção cai em 2011 quando começa a se considerar as barreiras sociais como impedimentos à participação social.

A modificação na redação da lei ocorreu por meio do Decreto 7.617 de 17 de novembro de 2011. Este decreto alterou artigos e acrescentou incisos relacionados às pessoas com deficiência devido ao caráter constitucional que esta tem no país, conforme Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009. O debate proposto pelos movimentos sociais e reforçado na construção da Convenção trouxe ao Brasil a concepção das demandas das pessoas com deficiência como questão de direitos humanos (SANTOS, 2010).

O BPC é destinado para idosos e coloca em questão a discussão de envelhecimento como uma das maneiras de se experimentar a deficiência. Como colocado por Colin Barnes em entrevista concedida a pesquisadora Debora Diniz (2013):

Todas as pessoas são, potencialmente, pessoas deficientes, porque o impedimento é uma constante humana, não é peculiar a um segmento da comunidade. O impedimento é inevitável, caso se viva bastante tempo, porque todos adquirimos impedimentos à medida que envelhecemos.

Nossos corpos se desgastam, nós não fomos feitos para viver até os cento e dez anos. (BARNES, 2013)

Durante o passar dos anos os corpos sofrem inúmeras mudanças e mesmo que se chegue a uma velhice saudável, as formas de estar na sociedade são diferentes. Surgem barreiras que limitam a participação plena de um idoso. A velhice gera impedimentos corporais que em contato com as barreiras sociais geram dificuldade de participação social e assim uma experiência da deficiência (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010).

#### 1.3.1. Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho

Em 24 de outubro de 1989, foi promulgada a Lei nº 7.853 que dispõe sobre a integração social das pessoas com deficiência. Essa legislação destinava a reserva de vagas no mercado de trabalho para as pessoas com deficiência. Em seu artigo 8º, inciso III, constitui crime “negar emprego, trabalho ou promoção à pessoa em razão de sua deficiência” (BRASIL, 1989). No entanto, esta lei foi regulamentada apenas em 20 de dezembro de 1999 com o Decreto 3.298 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência. Este decreto tem como uma das suas diretrizes a inclusão das pessoas com deficiência em todas as ações governamentais destinadas “à educação, à saúde, ao trabalho, à edificação pública, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, ao esporte e ao lazer” (BRASIL, 1999). Além disso, estabelece a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho como objetivo principal da política de emprego.

As legislações de inclusão da pessoa com deficiência já traziam a discussão sobre reservas de vagas como forma de garantir o acesso ao trabalho. Em 1991 houve a promulgação da lei 8.213 destinada aos Planos de Benefícios da Previdência Social que preveem cotas para pessoas com deficiência nas empresas. As instituições com cem ou mais empregados deverão destinar de 2% a 5% de suas vagas para pessoas com deficiência. Esse passo foi importante para que houvesse uma maior inclusão. Anterior essa lei existia pessoas com deficiência inseridas no mercado de trabalho, mas da mesma forma que nos dias de hoje, não era algo recorrente. Essa ação traz uma obrigatoriedade de inclusão. Além das vagas destinadas ao mercado de trabalho privado, tem-se a lei 8.112 de 1990 que dispõe

sobre os direitos dos servidores públicos, garante que até 20% das vagas de concursos públicos sejam destinadas às pessoas com deficiência. No ano de 2015, foi promulgada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Essa legislação busca promover condições de igualdade, a garantia da liberdade e dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência. A Lei de Inclusão também traz a abordagem do direito ao trabalho, reforçando a garantia deste em condições acessíveis e inclusivas para as pessoas com deficiência (BRASIL, 2015).

Segundo Cristiane Martins et. al (2011), as políticas destinadas à reserva de vagas às pessoas com deficiência são ações afirmativas, pois visa à diminuição das desigualdades entre pessoas com e sem deficiência. A maneira como a pessoa com deficiência foi compreendida, considerando o impedimento corporal como limitação de participação, fez com que o acesso ao mercado de trabalho se desse de maneira discriminada. Porém, mesmo com a lei vigente, a contratação de pessoas com deficiência ainda encontra obstáculos, devido ao fato dos empregadores deixarem de contratar alegando que os candidatos não possuem qualificação ou por identificar uma baixa produtividade nas pessoas com deficiência. Na verdade, em alguns casos existe qualificação, mas esta é ignorada devido as modificações que a empresa precisa adotar para que essa pessoa tenha acessibilidade ao local de trabalho (MARTINS et. al, 2011). É preciso considerar que também existe um grande número de pessoas com deficiência que não possuem qualificação para cargos que exigem especializações. É algo complexo, pois a dificuldade de participação ocorre desde o ingresso na vida escolar que criará futuramente uma barreira para o início da vida laborativa. Mas para além dos fatores educacionais, há um movimento discriminatório na não contratação das pessoas com deficiência.

As legislações são de extrema importância para fomentar o debate e contribuir para desconstrução das diversas formas de preconceito que impedem a participação social. Com a lei das cotas o esperado era que o número de pessoas com deficiência empregadas formalmente aumentassem, mas isso ainda não ocorre devido à falta de sensibilidade da sociedade e diversas políticas que não conseguem inserir as pessoas com deficiência de maneira igualitária. É necessário que existam mudanças em outras políticas, como na educação, para que contribua para desconstrução de diversas barreiras sociais.



Os dados do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE demonstram que de um total de 86.4 milhões de pessoas entre 10 a 80 anos ou mais, 20.4 milhões eram pessoas com deficiência, o correspondente a 23,6% do total. Os números evidenciam que mesmo com as legislações de inclusão, a porcentagem de pessoas ocupadas é baixa. Considerando que no mesmo ano a quantidade de pessoas com deficiência, não apenas grave, em idade ativa era equivalente a 44 milhões, mas 23,7 milhões não estava empregada ou com alguma ocupação (SDH; SNPD, 2012). O debate sobre deficiência deve conseguir ocupar mais espaços para que os estereótipos sejam desconstruídos e as pessoas com deficiência consigam ocupar os locais públicos em sua totalidade.

Várias medidas buscam realizar a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade. A inserção na política de trabalho garante a inclusão também na política de previdência social. Já existem vários benefícios destinados a trabalhadores que venham a adoecer ou ter algum acidente que provoque incapacidade. São diversos os benefícios concedidos, mas o foco para discussão será direcionada apenas para quatro que podem ser direcionados também as pessoas com deficiência. O primeiro deles é o auxílio-doença, cujo segurado passa a ter direito em casos de doenças que o incapacite para o trabalho. Este auxílio pode ser utilizado no decorrer de doze meses. O segundo é aposentadoria por invalidez para os casos em que extrapole os doze meses de vigência do auxílio-doença, em que o segurado adquire uma incapacidade permanente para o trabalho, necessitando assim de aposentadoria. O terceiro é o auxílio acidente de trabalho para os casos em que o trabalhador sofra um acidente que resulte em uma sequela temporária ou permanente. O quarto são os serviços de habilitação e reabilitação profissional que promovem, de maneira obrigatória, a reabilitação das pessoas incapacitadas temporária ou definitivamente e as pessoas com deficiência, para que essas consigam retornar ao mercado de trabalho (ANFIP, 2014).

Os benefícios descritos possuem uma relação direta com a discussão de deficiência. Na política de Previdência Social há mecanismos que possibilitam a proteção em casos de doenças e invalidez decorridos de casos de saúde do trabalhador ou invalidez, que resulta em uma incapacidade na qual, em interação com o ambiente de trabalho gera restrição de participação. Assim, as pessoas que procuram estes benefícios experimentam a deficiência.

A Previdência Social é uma política de proteção social destinada a manutenção do poder aquisitivo em momentos que as pessoas não podem provê-lo por meio do trabalho (SILVA, 2012). Essas ações se consolidam por meio das aposentadorias por idade ou tempo de contribuição, para a pessoa que trabalhou por determinado tempo e durante o período laborativo sofreu algum acidente ou foi diagnosticado com certa doença que o incapacitou temporário ou permanente para o trabalho. Contudo, não havia um benefício previdenciário ou aposentadoria direcionada especificamente para as pessoas com deficiência. Esse contexto é modificado a partir de 2013 com a Lei Complementar 142, que dispõe sobre aposentadoria especial para as pessoas com deficiência.

As pessoas com deficiência estão sendo incluídas no mercado trabalho, mas ainda não havia uma política previdenciária que fosse representativa. As pessoas com deficiência não desejam ser contempladas pelo auxílio-doença ou incapacidade, pois desejam estar trabalhando em condições de igualdade. Dessa forma, a aposentadoria para pessoas com deficiência busca tentar cumprir com seu papel universal, expandindo a cobertura de aposentadoria para outras formas de inserção no mundo do trabalho.

A proteção social destinada aos trabalhadores é essencial, pois nem sempre as condições de trabalho são dignas. É direito de todo trabalhador ter boas oportunidades de emprego, permanência e aposentadorias para vida futura. Para as pessoas com deficiência é um avanço, pois estas passam a conquistar mais espaço. O Brasil lida com grandes problemas de desemprego, e para as pessoas com deficiência é uma dificuldade maior, muitas vezes sua inserção se dá modo precário e sua permanência esbarra em diversas barreiras societárias. A LC 142/2013 é mais uma conquista dos direitos sociais da classe trabalhadora. Essa legislação traz uma ampliação da proteção social, contribuindo com uma aposentadoria diferenciada, antes do tempo normal de idade e contribuição, justificada pelas barreiras que as pessoas com deficiência experimentam.

### 1.3.2. Aposentadoria para Pessoas com Deficiência – Legislação e Operacionalização

É necessário que existam políticas sociais para que se promova a participação social de forma igualitária, garantindo o acesso a bens e serviços e condições dignas de vida, pois assim existirá o enfrentamento das desigualdades existentes na sociedade (FAGNANI, 2015). A representatividade nas políticas sociais é fundamental. A LC 142/2013 inicia o processo de reconhecimento das pessoas com deficiência dentro da política de previdência social, garantindo que estas tenham acesso à aposentadoria de uma maneira diferenciada, a fim de tentar reconhecer o contexto histórico-social desse segmento da sociedade.

A Lei Complementar 142 dispõe sobre aposentadoria para pessoas com deficiência, assegurada pelo RGPS. Essa legislação regulamenta o que já estava previsto no artigo 201, parágrafo 1º da Constituição Federal, pela Emenda nº 47 de 05 de julho de 2005. O artigo constitucional prevê que sejam elaborados critérios diferenciados para concessão de aposentadorias nos casos de trabalho que “prejudiquem a saúde ou a integridade física e para pessoas com deficiência”. Os direitos sociais foram adquiridos em um contexto de lutas e mobilização, a promulgação da LC 142/2013 não foi diferente. O crescente contexto de mobilização, de âmbito mundial, das pessoas com deficiência, tendo como marco a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência, contribuiu para que a Presidenta Dilma Rousseff assinasse em maio de 2013 a Lei Complementar 142.

Como colocado por Wederson Santos et. al (2010), as legislações e políticas públicas devem ser sensíveis à deficiência como expressão da diversidade humana. Com a aprovação da LC 142/2013, por meio do Decreto 3.048 de 1999, que dispõe sobre o Regulamento da Previdência Social, que esse debate ganhou visibilidade. O 2º artigo da LC 142/2013 apresenta que a legislação adere em sua redação à perspectiva trazida pelos estudos sobre deficiência, considerando as noções de participação social e igualdade de condições.

Os estudos sobre deficiência que a LC 142/2013 se baseia, também está presente na Convenção e reconhece a deficiência como impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial que em interação com o meio ambiente pode impedir a participação na sociedade (BRASIL, 2013). Isto é, a avaliação realizada pelo INSS considera os impedimentos corporais que relacionados com as barreiras sociais

resultam em restrição de participação. As perícias médicas e avaliações sociais deverão, assim, ser pautadas em uma abordagem ampla da vida do segurado, onde tanto os aspectos físicos como sociais deverão ser levados em consideração, como consta no artigo 2º da LC 142/2013.

Art. 2º Para o reconhecimento do direito à aposentadoria de que trata esta Lei Complementar, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2013).

As pessoas com deficiência que poderão dar entrada no requerimento de concessão da aposentadoria pela LC 142/2013 deverão seguir algumas condições relacionadas à idade e ao tempo de contribuição.

I - aos vinte e cinco anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência grave;

II - aos vinte e nove anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte e quatro anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência moderada; e

III - aos trinta e três anos de tempo de contribuição na condição de pessoa com deficiência, se homem, e vinte e oito anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência leve (BRASIL, 2013).

A LC 142/2013 leva em consideração o tempo de contribuição como pessoa com deficiência. Caso a pessoa adquira deficiência após a filiação no RGPS é realizado conversão do tempo em que contribuiu como pessoa sem deficiência, conforme garante no artigo 70- E:

Art. 70-E. Para o segurado que, após a filiação ao RGPS, tornar-se pessoa com deficiência, ou tiver seu grau alterado, os parâmetros mencionados nos incisos I, II e III do caput do art. 70-B serão proporcionalmente ajustados e os respectivos períodos serão somados após conversão, conforme as tabelas abaixo, considerando o grau de deficiência preponderante, observado o disposto no art. 70-A:

§ 2º Quando o segurado contribuiu alternadamente na condição de pessoa sem deficiência e com deficiência, os respectivos períodos poderão ser somados, após aplicação da conversão de que trata o caput. (BRASIL, 2013).

Nos casos de aposentadoria por idade é necessário que se tenha sessenta anos, se homem e cinquenta e cinco, se mulher, com a condição de que tenha contribuído no mínimo quinze anos com a previdência social, o que equivale a cento e oitenta contribuições.

Para se tenha acesso à aposentadoria prevista pela LC 142/2013, a pessoa com deficiência deverá passar por perícia médica e avaliação social no INSS. Durante esse processo avaliativo a deficiência será classificada em grave, moderado

ou leve, para que haja a concessão da aposentadoria. Nos casos de deficiência avaliada como grave a pessoa poderá aposentar dez anos antes do período regular garantido pelo RGPS, moderada seis anos antes, e leve dois anos antes.

A gradação da deficiência gera uma tensão nos estudos contemporâneos. Sabe-se que as pessoas com deficiência se inserem no mercado de trabalho de maneira desigual e se adaptam de várias formas para conseguir enfrentar as barreiras existentes na sociedade. Dessa forma, o instrumento responsável por avaliar a LC 142/2013 deve ser sensível para abordar as formas desiguais de participação social que não são categorizadas em graus.

Além da LC 142/2013 houve a publicação do Decreto 8.145 de 03 de dezembro de 2013 que tem o objetivo de alterar o regulamento da Previdência Social, adicionando as modificações trazidas pela lei complementar. Este decreto vem trazer alguns pontos que irão regular a concessão dessas aposentadorias. O Decreto traz a necessidade da perícia médica e da avaliação social para que se confirme a condição de pessoa com deficiência e defina a gradação (Grave, Moderado ou Leve). Essa comprovação também deverá ocorrer de forma documental, por laudos e relatórios médicos que datem aproximadamente o início da deficiência.

Como maneira de regular o número de perícias e concessões de aposentadoria que poderia atingir grandes quantidades, foi determinado que nos dois anos após a publicação deste Decreto, fossem atendidos, no mínimo, os segurados com vinte e cinco anos de contribuição, se homem e vinte anos, se mulher. Nos casos de aposentadoria por idade, quinze anos de contribuição e cinquenta e cinco anos, se mulher, e sessenta anos, se homem.

A execução da avaliação de pessoas com deficiência, seguradas do INSS e requerentes da aposentadoria segundo a LC 142/2013, se dá por meio do Índice de Funcionalidade Brasileiro, conhecido como IF-Br. O instrumento dentro da previdência social passou a ser chamado IFBr-A e foi aprovado por meio da Portaria Interministerial nº 01 de 27 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União no dia 30 de janeiro do mesmo ano, pela Secretária de Direitos Humanos, da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Advocacia Geral da União. A portaria determina que o instrumento tem como objetivo avaliar o segurado e identificar os graus da deficiência.

O IF-Br é baseado na CIF, que foi desenvolvida pela OMS, tendo fortes influências dos estudos sobre deficiência em sua elaboração. A CIF traz considerações a respeito do saber biomédico, mas apresenta uma visão mais ampla, conceituando a deficiência a partir da interação com as barreiras sociais, quando geram restrição de participação (DINIZ, et. al, 2009). O documento da CIF traz como objetivo a criação de uma “linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde” (OMS, 2004; p. 7). Essa apropriação dos conceitos relacionados ao corpo e a sociedade é apresentada em forma de domínios, sendo eles a funcionalidade e incapacidade, onde se considera as funções do corpo e a deficiência a partir da interação com a sociedade e as barreiras que ela apresenta (OMS, 2004). Para além das descrições sobre saúde e estados de saúde, a CIF vem sendo utilizada na formulação e desenvolvimento de políticas sociais (OMS, 2004).

#### 1.3.2.1. Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-BR)

O Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br foi elaborado pelo Instituto de Estudos de Trabalho e Sociedade – IETS da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, que analisou a ocorrência de dificuldades na identificação das pessoas com deficiência dentro das políticas e legislações, devido aos vários tipos e graus de deficiência, que sofrem variação de acordo com o contexto social (FRANZOI, et. al, 2013). Com isso, houve a necessidade de elaboração de um modelo único brasileiro que identificasse e classificasse as pessoas com deficiência para os fins das políticas sociais (FRANZOI, et. al, 2013). O instrumento deverá ser implementado em todas as políticas sociais até o ano de 2018, com o objetivo de construir um modelo único de avaliação da pessoa com deficiência (PEREIRA; BARBOSA, 2016). Seguindo essa perspectiva o IF-Br atualmente é utilizado na avaliação de pessoa com deficiência do INSS.

O IF-Br foi desenvolvido por meio de análises dos dados do IBGE referente à inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho e da sua situação econômica. Também foram realizados vinte e cinco grupos focais com pessoas com deficiência e reuniões com especialistas no decorrer de seis meses (FRANZOI, et. al, 2013). A questão da participação das pessoas com deficiência na etapa de elaboração do instrumento é de extrema importância, pois é fundamental na

elaboração dar visibilidade aos segmentos da sociedade que se dirigem as políticas sociais.

A avaliação da pessoa com deficiência ocorre em quatro eixos. Inicialmente devem ser preenchidos dados básicos sobre o segurado e a data de realização da perícia. Logo após, deve-se identificar o tipo de deficiência, no caso da perícia médica também é necessário preencher a respeito do diagnóstico médico, assinalar sobre as questões corporais, discorrer sobre a história clínica e social da pessoa com deficiência e por fim aplicar, o instrumento, IF-Br (BRASIL, 2013). O instrumento apresenta quarenta e uma atividades, dispostas em sete domínios, que devem ser avaliadas pelo perito médico e o assistente social. Esses domínios se dividem em sensorial, comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, vida doméstica, educação, trabalho e vida econômica (FRANZOI, et. al, 2013). São as atividades correspondentes a esses domínios que são avaliadas na perspectiva de participação, ou seja, se o segurado consegue realizar as atividades em questão. Vale lembrar que segundo a CIF, atividades são ações que um indivíduo consegue executar e participação é a interação do indivíduo em vários âmbitos da vida (OMS, 2004).

A avaliação das atividades contidas nos domínios já citados é realizada por meio de uma pontuação própria do IF-Br. A pontuação utilizada foi baseada na Medida de Independência Funcional – MIF, que foi desenvolvida para avaliar incapacidade a partir das funcionalidades corporais, ela busca ponderar os cuidados demandados por uma pessoa com algum impedimento corporal na execução de determinada atividade (RIBEIRO. et al, 2004). Devido essa relação com a MIF, o IF-Br adota o conceito de independência, como realização de atividades sem ajuda de outras pessoas e como mecanismo de representar a autonomia da pessoa (IETS, 2012).

A MIF é dividida em sete níveis, sendo eles: independência completa; independência modificada; supervisão, orientação ou preparo; ajuda mínima; ajuda moderada; ajuda máxima e ajuda total. Já o IF-Br avalia apenas quatro níveis: independência total, nos casos em que o segurado consegue realizar as atividades – pontuação 100; independência modificada, nos casos em que realiza as atividades com alguma adaptação – pontuação 75; dependência de terceiros, quando para realizar a atividade ele precise da ajuda parcial de outras pessoas – pontuação 50; dependência total de terceiros, quando precisa de ajuda por completo para executá-

la ou a atividade não é realizada – pontuação 25. A pontuação do instrumento está numa escala entre 25 e 100. Os fatores sociais podem se caracterizar impeditivos para realização de uma atividade, destacando-se como barreiras sociais. Essas são analisadas nos casos em que a pessoa com deficiência não consegue realizar uma atividade ou necessita de ajuda de outras pessoas (FRANZOI, et. al, 2013).

Valorando a pontuação dada pelo IF-Br foi determinado o modelo linguístico fuzzy que em cada tipo de deficiência apresenta um domínio de atividades com peso maior na avaliação final, contribuindo para que a pontuação efetive a concessão do benefício. A pontuação resultante da avaliação realizada pelo IF-Br será a soma da pontuação de todas as atividades presentes nos sete domínios (FRANZOI, et. al, 2013).



## **CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA**

### **2.1. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA**

Em 2014, o Ministério da Previdência Social estabeleceu um Termo de Cooperação com a Universidade de Brasília - UnB para que fosse elaborada a validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br, instrumento escolhido para ser utilizado na concessão de aposentadorias para pessoas com deficiência (FRANZOI, 2013). Este instrumento passou a ser utilizado no INSS após a aprovação da Lei Complementar 142, que estabelece a concessão de aposentadorias para pessoas com deficiência. A pesquisa realizada pela UnB ocorreu em três fases com o objetivo de validar o instrumento, avaliando sua confiabilidade. A segunda fase da pesquisa, de caráter qualitativo busca compreender a apropriação dos peritos médicos, assistentes sociais em relação aos conceitos presentes no instrumento. Um ponto importante foi perceber as noções que os profissionais do INSS e as pessoas com deficiência, requerentes da aposentadoria, estavam tendo sobre a lei e sua aplicabilidade.

A pesquisa elaborada nesse Trabalho de Conclusão de Curso é um recorte da pesquisa de validação do IF-Br, com base na inserção em campo da autora. Essa monografia tem como objetivo compreender a perspectiva dos profissionais do INSS sobre a ação da Lei Complementar 142 na política de Previdência Social, analisando em que medida a legislação contribui para que se tenha uma ampliação dos direitos das pessoas com deficiência. A abordagem realizada leva em consideração o contexto histórico e político que contribui para ampliação e redução das políticas sociais.

Este trabalho possui uma abordagem qualitativa para que se consiga uma compreensão da realidade analisada. Esse tipo de metodologia de pesquisa permite uma maior aproximação com o campo a fim de compreender as questões centrais e também permite uma relação entre teoria e prática (DESLANDES, et al. 2009). Os instrumentos utilizados no desenvolvimento da coleta de dados como, observações, entrevistas e as conversas diretas que ocorrem no campo, contribui para uma proximidade do pesquisador com a realidade, isso se constitui elemento importante para pesquisa qualitativa, como afirma John Creswell (2010).

A unidade de análise deste trabalho é a perspectiva dos profissionais do INSS a respeito da implementação da LC 142/2013 na política de previdência social. Com

isso, a pesquisa qualitativa é a mais indicada pelo fato de ser cada vez mais utilizada para avaliação de políticas sociais devido à possibilidade de avaliar seus efeitos concretos (DESLAURIERS e KÉRIST, 2012). Sua análise tem bases na legislação, mas também se firma nas entrevistas dos profissionais, saindo de um pressuposto teórico e atingindo uma concretude. A construção dos resultados com base percepção dos participantes contribui para um processo onde as pessoas interessadas tenham suas opiniões levadas em consideração.

## **2.2. TRABALHO DE CAMPO**

A pesquisa realizada no INSS foi planejada em saídas de campo que ocorreram nas cinco regiões do território brasileiro. Foram escolhidas dez cidades, conforme indicação da Gerência Central do INSS, localizada em Brasília-DF. Em cada região do Brasil (Sul, Sudeste, Centro-Oeste Norte e Nordeste) foram escolhidas duas cidades, uma localizada em capitais e outra no interior. Em cada cidade os pesquisadores permaneceram uma semana em campo, conforme os agendamentos das perícias de aposentadoria da LC 142/2013. A equipe de pesquisa era composta por um professor e um aluno participante do grupo de pesquisa sobre a LC 142/2013, que tinha a disponibilidade de cinco dias úteis para coleta dos dados necessários.

A pesquisa deixou a cargo do INSS a escolha das Agências da Previdência Social – APS que participariam da validação do IF-Br. O primeiro dia de coleta de dados houve a apresentação, primeiro contato entre as pesquisadoras e os profissionais do INSS que seriam acompanhados durante essa semana. Posteriormente, as pesquisadoras acompanhavam as perícias médicas e as avaliações sociais dos candidatos à aposentadoria. Dentro das salas de atendimento, a logística do campo ocorreu da seguinte forma: as pesquisadoras eram apresentadas às pessoas com deficiência que estavam em perícia, o trabalho era explicado, e com prévia autorização dos segurados, as pesquisadoras acompanhavam as perícias. Para ter o processo de aposentadoria concluído é necessário que a pessoa com deficiência passe por perícia médica e avaliação social com o perito médico e assistente social. Após a avaliação com o profissional do Serviço Social, as pesquisadoras abordavam as pessoas com deficiência, no

intuito de saber se estas poderiam conceder entrevistas que contribuiriam para validação do instrumento. Era realizada uma explicação a respeito dos objetivos da pesquisa e informado que as informações colocadas não afetariam no resultado do processo de requerimento de aposentadoria. Para que houvesse a coleta de dados foram aplicados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, para todos os participantes, garantindo o anonimato e assegurando a desistência do participante caso se sentisse desconfortável. As pessoas com deficiência eram entrevistadas após a conclusão das duas perícias.

Após as perícias e avaliações sociais foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais do INSS a fim de compreender suas percepções a respeito da LC 142/2013 e do uso do IF-Br na realização das avaliações das pessoas com deficiência. Foram aplicados TCLE garantindo o anonimato e a desistência da participação da pesquisa a qualquer momento.

Dessa forma, a monografia realizada terá como base os dados coletados durante a pesquisa de validação do IF-Br. Levando em consideração, para este trabalho, as entrevistas realizadas com os profissionais do INSS, como as questões observadas durante a inserção no campo anotadas em diário de campo.

### **2.3. SUJEITOS DE PESQUISA**

A pesquisa se desenvolveu no INSS, sendo que os sujeitos de pesquisa foram peritos médicos e assistentes sociais. Os profissionais se constituíram participantes por serem eles responsáveis por trabalhar diretamente com a execução da lei e poder indicar os pontos positivos, negativos e contradições encontradas no instrumento. A participação dos profissionais foi importante devido à aproximação existente com o IF-Br e o protagonismo na aplicação do instrumento.

### **2.4. COLETA DE DADOS**

A pesquisa de validação do IF-Br utilizou de técnicas de observação participante durante a aplicação do instrumento e da rotina da agência, e a realização de entrevista semiestruturada com peritos médicos e assistentes sociais. A finalidade da técnica de observação é o contato do pesquisador com o fenômeno

estudado para que essa aproximação permita a compreensão da realidade posta. As entrevistas foram semiestruturadas, pois havia perguntas que direcionavam a coleta de dados, mas ao mesmo tempo dava liberdade ao entrevistado para falar sobre o tema proposto (DESLANDES, et al. 2009). Os instrumentais adotados visavam a compreensão dos conceitos e elementos essenciais para os peritos médicos e assistentes sociais.

Os dados coletados na pesquisa de validação do IF-Br resultaram em setenta e três entrevistas, dezesseis com peritos médicos, dezesseis com assistentes sociais e quarenta e um com pessoas com deficiência. Para esta monografia não será considerado os dados relacionados as pessoas com deficiência, pois se busca compreender a LC 142/2013 a partir das análises dos profissionais. Para fomentar a análise também serão utilizados os diários de campo que são resultado das observações participantes realizadas. A amostra desta pesquisa está dividida em cinco blocos, correspondente a cada região do Brasil. A utilização dos diários de campo contribuiu para interpretação dos dados, pois as anotações guiaram a análise, pois como colocado por Creswell (2010), a pesquisa qualitativa possui um caráter interpretativo.

Os dados deste Trabalho são resultados das entrevistas realizadas nas Agências do INSS. As entrevistas feitas com peritos médicos e assistentes sociais para validação do IF-Br se constitui de questões abertas que permite o acesso a concepções e opiniões dos participantes (CRESWELL, 2010). O roteiro de entrevista para os profissionais foi estruturado em quatro blocos, o primeiro referente ao trabalho profissional; o segundo propunha perguntas sobre a concepção de deficiência; o terceiro abordava a avaliação social e a perícia, levando em consideração os critérios mais importantes para o profissional nas avaliações realizadas; o quarto e último bloco abordava o instrumento IF-Br especificamente, sua aplicabilidade e a forma como os profissionais identificavam a compreensão dos segurados a respeito da avaliação que estavam sendo submetidos.

A inserção no campo de pesquisa foi um momento fundamental para aproximação e compreensão do campo e de seus participantes. O contato com os participantes da pesquisa é fundamental para que exista a relação entre a teoria - presente nos debates sobre deficiência e política social, e na lei que regulamenta a aposentadoria - e a prática, a execução da política. A pesquisa qualitativa ocupa o

campo das Ciências Sociais e busca trabalhar com fenômenos humanos compreendidos como parte da realidade social (DESLANDES, et al. 2009).

## **2.5. CUIDADOS ÉTICOS**

A pesquisa de validação do IF-Br foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, da Universidade de Brasília, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que garante a proteção da dignidade humana dos participantes de pesquisa científica (BRASIL, 2012).

## **2.6. ANÁLISE DE DADOS**

Creswell (2010) afirma que a análise de dados é o momento em que se dá sentido aos dados, é a conjuntura que permite a interpretação ampla do que os dados estão demonstrando. Durante a coleta de dados é possível perceber algumas características que permite compreender o objeto de pesquisa, mas somente com a análise de dados que se poderá aprofundar nos conceitos que estão sendo apresentados. A análise dos dados já ocorre no momento da coleta (CRESWELL, 2010), mas apenas com as leituras das entrevistas, anotações, interpretações e reflexões que se tem uma análise com maior fundamentação.

Para analisar os dados foram realizadas leituras detalhadas das entrevistas transcritas. Durante a leitura foram feitas afirmações que foram registradas para que se iniciasse um processo de identificação de alguns conceitos. A leitura de todo material permite que se tenha um primeiro contato com os dados. Esse primeiro contato, considerando as especificidades apresentadas, é necessário para que aos poucos alcance uma profundidade do conteúdo analisado (DESLANDES, et al. 2009).

Após a leitura detalhada foi feita a codificação para determinar a repetição de alguns termos e conceitos (CRESWELL, 2010). Com a codificação foram obtidos seis eixos temáticos que contribuíram para classificação dos elementos identificados que foram descritos e relacionados com a teoria base deste trabalho. É por meio da análise dos dados que a hipótese desta pesquisa foi confirmada ou refutada

(DESLANDES, et al. 2009). A escolha dessa técnica permite que a análise de dados proporcione a concretude dos objetivos propostos neste trabalho.

A análise dos dados desta monografia foi referente às entrevistas dos peritos médicos e assistentes sociais que fazem parte dos dados resultantes da pesquisa de validação do IF-Br. A partir da interpretação dos dados se alcançou os resultados relacionados à forma como a LC 142/2013 atua na política de previdência social. A teoria debatida é fundamental para orientar a interpretação dos dados (DESLANDES, et al. 2009). A análise e interpretação dos dados ocorreram de forma conectada com o modelo social de deficiência e o debate sobre política social.

### **CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DE DADOS**

Durante a pesquisa de validação do IF-BR foi possível fazer algumas inferências da rotina das agências, da relação dos profissionais com a nova legislação e com o instrumento, a partir das observações participantes e das entrevistas semiestruturadas. Conforme as anotações feitas em diário de campo, foi possível perceber que a apropriação do conceito de deficiência segundo a Convenção e sua aplicação no campo profissional é uma via de duas mãos, o que em primeiro momento pode dificultar ou facilitar na concessão do benefício de aposentadoria.

Há profissionais que buscam compreender os segurados em sua totalidade, ou seja, considerando deficiência em interação com as barreiras sociais, mas também há profissionais que ainda possuem um discurso predominante biomédico focando no corpo de forma isolada. No entanto, por mais que existam essas duas perspectivas, durante a perícia e a avaliação, a grande maioria dos profissionais realiza a avaliação pautada em todos os domínios da vida da pessoa com deficiência. Essa contradição evidenciada pode ocorrer, pois por mais que exista uma diferença na apropriação do que é deficiência, o instrumento permite que a avaliação se dê buscando contemplar aspectos relevantes da vida do segurado.

A análise de dados permitiu uma interpretação do campo de pesquisa para que os objetivos deste trabalho fossem compreendidos (CRESWELL, 2010). Dessa forma, a análise de dados foi estruturada em torno de seis eixos temáticos que buscou identificar em que medida a LC 142/2013 amplia a política de previdência social, ou se há algo em sua operacionalização que cria uma barreira para essa ampliação.

Como premissa básica se pode afirmar que o texto da legislação LC 142/2013 traz uma noção de ampliação da política de previdência social para as pessoas com deficiência. Pois cria uma ação política que dá oportunidades às pessoas com deficiência a terem acesso à aposentadoria de maneira diferenciada. A política reconhece todo o contexto histórico das pessoas com deficiência na luta por participação social. O grande avanço é a avaliação destas pessoas para a concessão de aposentadoria não ser pautada apenas nos domínios médicos, mas tendo o modelo social como eixo para definir o que é deficiência. No entanto, buscando ir além do que a lei prevê, os dados contribuirão para mostrar a

concretude da LC, e se no momento da operacionalização ela amplia ou restringe direitos.

### 3.1. Ampliação da Previdência Social sem uma perspectiva ampla de deficiência

Os profissionais demonstram que a previdência social teve uma ampliação de direitos por meio da LC 142/2013. Há alguns relatos nas entrevistas analisadas que colocam que essa legislação contribuiu para o fortalecimento do coletivo (sic), no caso, para o movimento das pessoas com deficiência. Contudo, é possível observar por meio dos dados, que por mais que tenha ocorrido uma expansão da política, esta, no momento de sua operacionalização apresenta uma tensão no conceito de deficiência. Tanto a Convenção, como a LC 142/2013 prevê que as pessoas com deficiência são aquelas que possuem impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais, que em interação com as barreiras que existem na sociedade impossibilitam a participação social (BRASIL, 2009). O que faz com que a pessoa experimente a deficiência não são os impedimentos corporais, mas as limitações que existem nos ambientes que não consideram a diversidade humana, ou seja, a sociedade que não se estrutura para garantir a participação social de todas as diferentes pessoas (BARBOSA, 2013).

No entanto, por mais que os estudos sobre deficiência sejam a base para reconhecer essas pessoas dentro da legislação, os profissionais do INSS e o instrumento utilizado apresentam certa dificuldade em apropriar essa teoria. É possível identificar uma dificuldade de compreender o que é deficiência de acordo com o que apresenta a LC.

Os dados apresentam uma compreensão restrita do que é deficiência. Existe um movimento de considerar apenas as deficiências tidas como “clássicas”: visual, auditiva, física. Como podemos perceber no trecho de entrevista abaixo:

“Então eu não sei se a partir de agora, se esse novo momento da avaliação, a gente vai estar utilizando o instrumento para o que realmente ele se propôs. Então eu não sei se essas pessoas já deveriam ter um limitador lá no começo, na hora da solicitação. Eu não sei como isso poderia ser criado, mas que já não permitisse que elas viessem a utilizar um instrumento para o qual ele não foi produzido. E eu tenho até medo que essas pessoas, que às vezes tem doenças que provocam limitação, até mesmo uma tendinite, a gente sabe que na fase aguda ela pode provocar muita limitação funcional do membro. E a gente utilizando o instrumento numa pontuação que acabe dando uma média pra essa pessoa, ela acabe às vezes conseguindo o



reduzidor, por uma patologia que a gente não colocaria no conceito clássico de deficiência”. – Perito Médico

Os estudos contemporâneos vêm mostrar que a experiência da deficiência ocorre a partir do contexto social que não permite a participação social. Nesse caso, não apenas “deficiências clássicas” seriam consideradas, mas também doenças crônicas, por exemplo. Pois o que definirá como deficiência será o ambiente que ela está inserida que não permite a participação em todas as atividades de maneira igualitária a uma pessoa sem deficiência (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010). O fato da pessoa não exercer sua participação social de forma igualitária se caracteriza discriminação, e assim uma experiência da deficiência (BARBOSA, 2013) independente do tipo de impedimento corporal.

Contudo, por mais que se tenham profissionais que consideram em grande medida os impedimentos corporais identificados como “clássicos”, há profissionais que compreendem deficiência como restrição de participação. Avaliando que o principal para perícia deve ser o contexto de vida e social do segurado para que se identifiquem as dificuldades de acessibilidade e as discriminações já sofridas.

“A gente tem a visão da pessoa como um todo, inserido num contexto, a gente tem que dar importância a todos eles. É lógico que a questão da inserção no mercado de trabalho é importante, porque dá mais dignidade você trabalhar, ter a sua própria remuneração. Isso é muito relevante, é questão até de autoestima. Mas todos eles tem o seu valor. Porque se você pensar bem, no ambiente doméstico também incomoda muito a pessoa depender do outro, às vezes pra trocar uma roupa, preparar a própria refeição... Uma coisa é isso ser eventual, outra coisa é ser cotidiano. Tem também você frequentar a sala de aula por conta do preconceito, por conta das dificuldades da própria mobilidade, a questão também de você ter acesso à recreação, lazer, poder usufruir de um transporte de qualidade. É todo um conjunto”. – Assistente Social

Dessa maneira, se chega à conclusão que por mais que haja divergência na apropriação do conceito de deficiência, são perspectivas que se realizadas em concomitância para cada caso, se complementam. Pois enquanto um profissional analisa a questão corporal o outro está identificando os aspectos sociais. O ideal é que ambos tenham uma compreensão de acordo com o apresentado pelos estudos sobre deficiência, mas por mais que isso não ocorra subjetivamente acontece de maneira objetiva. Os profissionais possuem o discurso com predominância nos aspectos biomédicos, mas sua prática evidencia as questões sociais. De certa forma, isso pode ocorrer devido ao instrumento IF-Br que busca contemplar todos os domínios, tanto do corpo como das barreiras sociais.

### 3.2. O resultado da avaliação nem sempre expressa as projeções e as perspectivas dos profissionais

Os profissionais propuseram uma análise que pode ser considerado como fator de restrição de direitos. Após a perícia médica e a avaliação social, por mais que os profissionais considerem os segurados avaliados pessoas com deficiência que deveriam ser contemplados pela LC 142/2013, as aposentadorias são indeferidas.

“Nós tivemos aí talvez um número de 70 ou 80 que já foram avaliados, e eu não sei oficialmente quantos desses conseguiram o benefício. Eu sei extraoficialmente por uma das funcionárias. Eu fui perguntar pra ela há algumas semanas atrás quantos que tinham sido efetivamente concedidos, ela tinha me dito que da leva toda que tinha sido feita, apenas dois tinham sido realmente se enquadrado na Lei”. – Perito Médico

Nota-se uma inquietação dos profissionais, que julgam possuir pouca ingerência sobre a execução da LC 142/2013. Por mais que sua avaliação contribua para o deferimento da aposentadoria, os profissionais apontam que o instrumento IF-Br não contempla todas as pessoas que estão sendo avaliadas. Além do instrumento, outro fator que pode excluir os segurados, são as questões burocráticas relacionadas ao tempo de contribuição como pessoas com deficiência e/ou a exigência de documentação que comprove o impedimento.

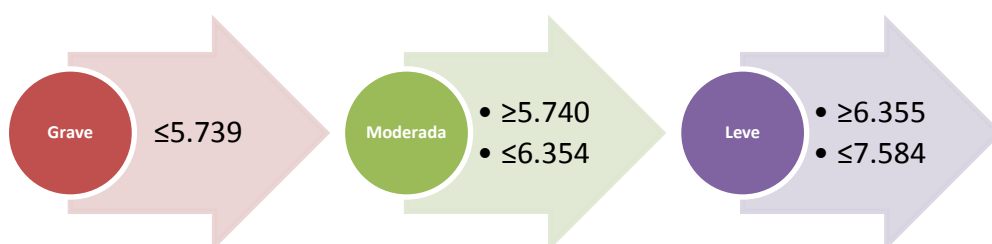
“A Lei é nova, as pessoas não estavam preparadas pra ter documentos muito antigos da vida delas. [...] Outra coisa que eu acho, é que como é coisa nova, eu acho que a gente ainda tá se apropriando desse instrumento, eu acho que a gente ainda precisa consolidar mais a compreensão dos domínios, pra avalia-los, de forma mais coerente”. – Assistente Social

A compreensão da deficiência frente aos domínios que o instrumento apresenta é fundamental para que se realize uma boa avaliação que contemple todos os aspectos da vida do segurado. No entanto, a análise dos dados relacionada com as legislações que regulamentam a concessão de aposentadorias traz outra perspectiva para a questão em debate. O instrumento não é o único obstáculo para o indeferimento das aposentadorias. Existem também requisitos e orientações que determinam a operacionalização do IF-Br para que seja realizado a classificação e concessão das aposentadorias para pessoas com deficiência, por meio da Portaria Interministerial nº 01.

Dentro dessa classificação é apresentado como deve ser realizado o cálculo total dos domínios da avaliação. Para que se chegue a pontuação final, será somado

todas atividades apresentadas no instrumento e aplicado o *fuzzy*, como já explicado. A Portaria estabeleceu uma régua que delimita a pontuação mínima e máxima para concessão da aposentadoria. A pontuação mínima que o instrumento pode chegar é 2.050 (se todas as atividades corresponderem a pontuação 25), e a pontuação máxima é 8.200 (se todas as atividades corresponderem a nota 100). Sendo assim, para que as aposentadorias sejam deferidas, as pontuações finais precisam encaixar dentro desta régua que varia entre 8.200 e 2.050 pontos. Portanto, define-se que a classificação da deficiência em grave, moderada e leve seguirão os critérios de pontuação. Deficiências graves a pontuação deverá ser menor ou igual a 5.739; moderada maior ou igual 5.740 ou menor ou igual a 6.354; leve maior ou igual a 6.355 ou menor ou igual a 7.584. As avaliações em que a pontuação for maior ou igual 7.585 serão indeferidas (BRASIL, 2014).

Gráfico 1 - Critério para Classificação da Deficiência



Essa régua delimita as pontuações que serão contempladas para o deferimento da aposentadoria. Dentro dessas pontuações estabelecidas existe a possibilidade de uma limitação na legislação que pode ocorrer devido às questões econômicas, como recursos escassos do Estado e cortes de gastos, que influenciam diretamente as políticas sociais. Ou seja, a deficiência, dentro da estrutura da previdência social, é submetida a questões econômicas.

Essa intervenção econômica na política de previdência pode ser explicada pela atual conjuntura do país. O sistema capitalista possui uma estrutura cíclica onde se evidencia momentos de desenvolvimento e bem-estar para população, com o aumento da atividade produtiva dos países, taxas de desemprego mais baixas e poder de compra para população. Outrora se notam períodos de declínio marcados pelas altas taxas de juros, aumento da dívida pública e desemprego. O atual momento enfrentado pelo Brasil se estrutura em uma crise do capitalismo, reflexo da

crise financeira mundial, em que grandes bancos atuavam sobre os recursos públicos e privados. O mercado financeiro intervém diretamente na economia do país, quando há uma quebra desse setor toda estrutura do país é afetada (SILVA, 2011). Em períodos de crise como o vivido na atualidade, é possível notar a recessão dos gastos do Estado. Devido a grande força do mercado financeiro, o corte de gasto não os afeta diretamente, sendo esses direcionados as políticas sociais.

Desde a década de 1990 se vem notando uma expansão da ofensiva neoliberal em que a ineficiência do Estado é propagada (SILVA, 2011). Nesse contexto, as ações do Estado se tornam de caráter emergencial, focalizado e seletivo. As políticas passam a se basear no mérito e a ações de privatização da saúde, educação e previdência social tomam dimensões maiores (SILVA, 2011). Com as propostas de cortes sociais, investimento no mercado privado e principalmente na previdência complementar privada se pode justificar a régua que limita as aposentadorias para pessoas com deficiência.

Existe muito conflito de interesses para elaboração e execução de uma política social (MEDEIROS, et. al, 2010). A LC 142/2013 vem trazer uma ampliação, mas sua operacionalização tem uma tendência a restringir o acesso. As políticas podem apresentar diretrizes amplas, mas são determinadas por decisões de caráter político que podem fazer com que a operacionalização torne as políticas restritivas (MEDEIROS, et. al, 2010).

3.3. A política de Previdência Social é ampliada, mas não o suficiente para enfrentar desigualdades sociais.

Os dados mostram que a LC 142/2013 trouxe uma ampliação significativa para a política de Previdência Social, mas que esta não é capaz de enfrentar suficientemente as desigualdades sociais. Os pontos apresentados pelos profissionais que justificam essa afirmativa é que dentro da avaliação para concessão da aposentadoria para pessoa com deficiência os aspectos socioeconômicos não são considerados. O debate é pertinente, pois a legislação tem como orientação a Convenção e esta busca desconstruir as barreiras que geram desigualdades (BARBOSA, 2013).

“As pessoas que não tem renda ou que a renda é insatisfatória, elas vão deixar de participar. Então essa questão da participação, elas vão ter restrição de participação por uma questão socioeconômica, mas associada à deficiência. Assim a toda vivência de discriminação, de preconceito, isso vai reforçar vários preconceitos da sociedade em relação àquela pessoa. E a dependência no instrumento ela tá mais associada à necessidade de suporte físico, de levar, de acompanhar, de estar ao lado, de dar apoio, mas essas pessoas muitas vezes elas tem uma dependência financeira de alguém, e a gente não pode já dizer a priori que não vai ter nenhum caso assim”. – Assistente Social

A falta de indicadores que avaliem a questão socioeconômica entra numa questão de reforçar a dificuldade de participação social. Partindo de um recorte de desigualdade social, pode-se afirmar que nem todas as pessoas possuem as mesmas oportunidades de se inserir na política de educação, ter uma formação e iniciar sua carreira no mercado de trabalho, e que essas oportunidades não necessariamente dizem respeito à deficiência. Quando se trata de uma pessoa com deficiência de baixa renda, sua participação social é ainda mais reduzida devido à insensibilidade das estruturas da sociedade. Há profissionais que não concordam com a avaliação das questões socioeconômicas, pois a primeira vista são pessoas que estão trabalhando. Além disso, para os casos de pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade econômica existe a concessão do BPC. No entanto, é importante levar em consideração que o público alvo da LC 142/2013 é de pessoas que conseguiram se inserir no mercado de trabalho em condições desiguais da maioria da população, ou que são seguradas do INSS, mas não estão necessariamente empregadas.

“Inicialmente era de que por serem pessoas que estão no mercado de trabalho essa não seria uma questão relevante né? Mas nem todas as pessoas estão no mercado de trabalho. Tem pessoas que estão desempregadas, ou tem pessoas que estão no mercado de trabalho, mas tem muitos gastos com a deficiência, isso compromete a renda”. – Assistente Social

Os profissionais também colocam a necessidade de avaliar de forma mais profunda a inserção no mercado de trabalho e a sua permanência, principalmente pelo fato de não haver fiscalização para o cumprimento da Lei de Cotas 8.213/91 (sic). Durante as entrevistas houve relatos de segurados que foram demitidos por causa da deficiência. Para compreender essa questão da inserção no mercado de trabalho também é necessário avaliar as questões educacionais. Os profissionais do INSS relatam a necessidade de mensurar os aspectos de educação e trabalho de forma mais aprofundada. No IF-Br se tem o domínio Educação, Trabalho e Vida

Econômica, mas ele é colocado pelos profissionais como insuficiente para aferir todas as particularidades da vida dos segurados neste aspecto.

“Acho que falta expandir mais as atividades de educação, qualificação profissional e trabalho, né? É isso... Você tem que analisar todas as atividades relacionadas à educação e pontuar num campo só. E aí tem educação infantil, formal, informal, se tem fundamental, médio, superior. E às vezes com a deficiência, cada um desses estágios do processo educacional a pessoa conseguiu desenvolver de uma forma, teve um desempenho de uma forma. Acho que pelo menos isso aqui tinha que destrinchar, aumentar o número de atividades, né? Pra educação, pra qualificação profissional, mas principalmente pra educação e trabalho”. – Assistente Social

Ainda no aspecto da relação entre trabalho e educação entra a discussão da intersetorialidade das políticas. As políticas sociais brasileiras possuem uma característica de setorialização, em que são executadas de forma desarticuladas dificultando que as reais demandas dos usuários sejam atendidas (MIOTO, 2011). Dessa forma, não há uma relação diretamente estabelecida entre as políticas de educação e emprego, por exemplo. Uma pessoa que não tem pleno acesso a educação dificilmente conseguirá boas oportunidades de emprego, com salários mais altos e perspectiva de crescimento profissional. Com isso, os dados apontam que a LC 142/2013 deveria ser elaborada e executada de maneira intersetorial, pois se houvesse políticas educacionais mais efetivas direcionadas as pessoas com deficiência sua inserção no mercado de trabalho poderia ocorrer de maneira diferente. Esta pessoa poderia estar contribuindo com o INSS há mais tempo e agora tendo acesso ao direito previdenciário de aposentadoria.

“Era pra ser junto com uma política de educação, de qualificação e de trabalho. As políticas continuam sendo isoladas. Se não houver uma integração, não funciona. [...] Como existe dificuldade de escola, de qualificação, conseqüentemente inserção no mercado de trabalho, isso desencadeia o que? Tempo de contribuição. Acho que não é nem o instrumental, acho uma questão da própria forma como a lei foi feita”. – Assistente Social

Como coloca Regina Mioto (2011), a concepção de políticas articuladas, ou seja, de intersetorialização vem desde a Constituição Federal de 1988. No entanto, esta proposta não foi consolidada da forma como deveria devido a estrutura estabelecida pelo sistema capitalista e o neoliberalismo. Essa fragmentação dificulta a consolidação dos direitos sociais. A tentativa de trabalhar com a intersetorialidade é uma luta política (MIOTO, 2011). Mas é necessário que exista a integração entre todas as políticas sociais para que essa efetivem os direitos sociais de forma concreta.

A Convenção traz propostas para o enfrentamento da desarticulação existentes nas políticas e consequentemente na garantia de direitos. Como apresentado, o acesso aos direitos sociais e econômicos estão diretamente relacionados aos recursos que o Estado possui, diferente dos direitos civis e políticos que são de alcance imediato. A Convenção traz a proposta de que os direitos das pessoas com deficiência sejam híbridos. Ou seja, não se pode garantir um direito sem o acesso a outros (DHANDA, 2008). Para exemplificar os direitos híbridos, Amita Dhanda (2008) coloca que para que se tenha acesso ao direito de manifestação e expressão, é necessário que existam formas que proporcione uma comunicação diferenciada, alternativa. Essa perspectiva pode ser relacionada com a questão educação e trabalho. Para que as pessoas com deficiência tenham acesso a LC 142/2013, é necessário primeiramente a mudança na inserção na educação e no trabalho que garantam a participação igualitária. Como o Brasil é dos países signatários da Convenção e que está no processo de implantação do modelo único de avaliação da deficiência em todas as políticas sociais, espera-se uma mudança na estrutura política que garanta os direitos híbridos.

A análise dos dados permite concluir que para que a LC 142/2013 amplie a política de previdência social é necessário avaliar outros fatores importantes. A dificuldade de acesso à educação, a formação e crescimento profissional, acessibilidade aos locais de trabalho devem ser considerados de modo a contemplar os obstáculos enfrentados a participação social, pois dificultam a permanência no trabalho. Os profissionais apontaram que a LC 142/2013 não considera a entrada tardia das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Mas em contrassenso, o fato de permitir a aposentadoria dez, seis ou dois anos antes mostra que a LC 142/2013 pode, em certa medida, ter levado essas questões em consideração.

### 3.4. Deficiência avaliada em graus

A LC 142/2013 foi elaborada tendo como base a Convenção que traz o debate dos estudos sobre deficiência. Porém, ao contrário do que apresenta a Convenção, a LC 142/2013 traz a proposta de avaliar a deficiência em graus leve, moderado e grave. Ao questionar os profissionais se deficiência teria graus houve uma divisão de opiniões. Como pode ser percebido nos trechos das entrevistas

abaixo, há profissionais que apontam que a deficiência tem graus, pois cada pessoa está inserida em um contexto social diferenciado. Outros relacionam o grau da deficiência em relação à capacidade ou incapacidade para o trabalho.

“Eu acho que sim, eu acho que tem sim. Porque cada pessoa tá num contexto, então eu acho que assim, o contexto ele em alguns casos vão ser mais vantajosos que outros. E isso vai determinar graus de deficiência sim, uns vão ter mais desvantagens que outros” – Assistente Social.

“Existe a deficiência leve, por exemplo, alguém que perdeu o dedo e faz tudo. É uma deficiência, mas a pessoa não deixa de fazer nada. Uma pessoa que perde o dedo, mas que não compromete a sua função, o seu desempenho total, ele não deixa de ser ter a deficiência. Ele tem a deficiência dele, mas sem uma repercussão na sua capacidade laborativa. Então isso é uma deficiência. Um grau moderado, por exemplo, uma lesão do plexo braquial a pessoa para de mexer um dos braços, mas ela consegue deambular, desenvolver a capacidade se for destro, a pessoa consegue desenvolver o outro lado, outro domínio dela. Então tem uma moderada que limita, mas que também não incapacita para todas as profissões, mas para determinadas profissões. Portanto, a leve seria a que tem a incapacitação, mas não tem repercussão, a moderada já tem repercussão, mas não como profissional. E a grave é aquele que está entendido que não tem pode fazer nada”. – Perito Médico

Outros profissionais relatam que avaliar a deficiência em graus é um movimento da legislação que pretende quantificar a deficiência, tornando objetivo algo que na verdade é subjetivo. A subjetividade da deficiência não permite que ela seja encaixada em graus.

“Acho muito... Muito... Cruel, você ter que encaixar a deficiência que aquela pessoa tem em um grau. Não concordo muito com isso não. Justamente por essa questão do esforço, do desgaste, né? [...] Acho que a deficiência é muito ampla para ser encaixada em graus”. – Assistente Social

Essa divisão de opiniões pode ter ocorrido devido ao fato de que o IF-Br segue as determinações da LC 142/2013 o que contribui para que nem todos os profissionais se apropriaram do conceito de deficiência trazido pelos estudos sobre deficiência, mas apenas do que está disposto na LC 142/2013.

A Convenção propõe a classificação da deficiência considerando as deficiências física, sensoriais e intelectuais, mas não há uma gradação entre leve, moderado e grave. Essa atitude de graduar a deficiência contribui para segregação e enfraquecimento do grupo de pessoas com deficiência (DINIZ, 2007). A UPIAS abriu espaço para outras limitações corporais além da física, mas não definiu quais seriam essas lesões para evitar qualquer tipo de fragmentação (DINIZ, 2007).

A proposta da LC 142/2013 em trazer uma gradação da deficiência pode estar relacionada como o caráter de restringir o acesso a política, já discutido anteriormente. Pois dentro da pontuação proposta, existirão pessoas que não serão



encaixadas em nenhum dos graus, mesmo que tenham restrição de participação. Essa classificação da deficiência está diretamente relacionada com a questão da pontuação que restringe o acesso de alguns segurados requerentes da LC 142/2013. Como já discutido, as políticas sociais estão passando por um processo de focalização que pode tender a uma desmobilização do movimento. As políticas sociais atendem as demandas dos movimentos sociais, mas sua operacionalização neste caso pode contribuir para um enfraquecimento do segmento da população.

### 3.5. A Lei Complementar 142 possui um aspecto retroativo

A avaliação da LC 142/2013 possui um caráter retroativo, pois ela não se prende apenas aos aspectos atuais da vida dos segurados, mas também a fatos históricos e sociais do decorrer da vida. Por mais que o segurado esteja inserido no mercado de trabalho, tenha se adaptado para ter acesso a vários espaços na sociedade, é necessário avaliar todo o processo anterior em que as barreiras sociais eram mais intensas.

“Eu posso pensar assim: - não, hoje ele tá ótimo, mas aqui em 2002 a situação era essa, a situação era aquela. Então aí eu opto por uma avaliação que levou em conta a trajetória da pessoa”. – Assistente Social

Contudo, existe um obstáculo enfrentado quando se trata do aspecto retroativo que a lei apresenta. De acordo com o artigo 70-A do Decreto 8.145/2013, é necessário à comprovação da deficiência. O fato de se considerar a vida da pessoa com deficiência em sua totalidade é exigido documentos comprovando a data de início do impedimento. Por meio das observações e dos relatos dos profissionais, essa questão foi colocada como empecilho para realização das perícias em muitos casos. Para que avaliação seja realizada é necessária a comprovação de uma data inicial da deficiência. Porém, são poucas as pessoas que guardam a documentação que venha comprovar o início da deficiência, como pode ser observados nos trechos das entrevistas.

“Como a Lei é nova, as pessoas não estavam preparadas pra ter documentos muito antigos da vida delas”. – Assistente Social

“O difícil talvez seja as datas técnicas, porque é difícil, a maioria não tem documentação, e se é uma doença que tem uma história natural, igual à pólio, que examinando vê realmente que é uma sequela de pólio, pelas deficiências, e aí a gente vai acabar fixando na história natural. Mas a legislação fala muito claramente que tem que ser documental, e muitas vezes a gente não vai ter documentos, e acaba tendo que fixar pela história

natural, então isso é uma dificuldade do instrumento. Fixação das datas, mas é uma coisa necessária, não tem como ser diferente”. - Perito Médico

Os segurados tentam retornar aos médicos que o acompanham para conseguir laudos que comprovem o início de sua deficiência. Mas caso exista uma dificuldade em conseguir laudos ou prontuários, isso pode gerar uma barreira na realização das avaliações e consequentemente na concessão das aposentadorias. Os laudos são vistos pelos profissionais, principalmente pelos peritos médicos, como a parte objetiva da perícia.

“Eu acho que clínica sempre é a soberana né? Eu acho que qualquer documento né? Não só o atestado médico, mas também, o documento que a pessoa comprove que frequentou determinada instituição, ou que em determinada idade já tinha aquela patologia. O surdo-mudo, por exemplo, frequentou uma instituição, que é específica pra surdos e mudos né? o “INES”. Então isso tudo, eu acho que facilita o nosso atendimento, entendeu? Não necessariamente um laudo médico”. – Perito Médico

O Decreto 8.145/2013 coloca a importância da documentação que comprove o início da deficiência, mas a forma como os profissionais interpretam isso pode ser prejudicial para concessão da aposentadoria. Como pode ser observado no relato acima, “a clínica é soberana”, há a uma necessidade da comprovação da deficiência de forma clínica, algo preocupante, visto que a documentação é importante, mas não deve ser considerada a parte essencial da avaliação. Pois como coloca outros profissionais, a necessidade de documentação é uma exigência da legislação, mas há deficiências que existem desde o nascimento que podem ser comprovadas pela história natural do impedimento do segurado. Existe a necessidade de uma sensibilidade do profissional para compreender todos os aspectos que circundam a perícia e a avaliação social.

Ao analisar o aspecto retroativo da lei foi identificado outro ponto para discussão. Nem todas as pessoas com deficiência tiveram ou tem acesso a uma educação de qualidade, como já colocado anteriormente, e isso contribui para uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho que pode acontecer até tardiamente. Uma preocupação levantada pelos profissionais foi que esse ingresso tardio no mercado de trabalho dificultaria o acesso à aposentadoria segundo a LC 142/2013, pois não haveria o tempo de contribuição exigido pela política.

Certamente há pessoas com deficiência que não possuem os requisitos exigidos na LC 142/2013, como o tempo de contribuição que é de quinze anos. Talvez seja um equívoco afirmar, como fazem alguns profissionais, que a lei não

considera a entrada tardia no mercado de trabalho, pois a partir do momento em que se regulamenta uma lei que prevê a aposentadoria antecipada, é uma maneira de levar em consideração as dificuldades de participação no mercado de trabalho e a luta para estar na sociedade.

O aspecto retroativo da lei traz avanços e obstáculos para ampliação da política de previdência social. Ao mesmo tempo em que apresenta pontos positivos como a análise conjuntural da vida do segurado, ela pode restringir por meio da exigência de documentação que comprove o início da deficiência.

### 3.6. Qualidade das perícias garante ou restringe direitos

Durante as observações participantes realizadas nos momentos das perícias e anotadas em diário de campo, foi possível perceber alguns pontos das avaliações realizadas nas perícias que podem prejudicar o segurado.

Houve alguns casos em que os profissionais questionavam os segurados de forma a confirmar se a deficiência era verídica. Muitas vezes os profissionais acabam saindo da função de peritos e avaliadores para serem fiscalizadores das informações postas pelo segurado. Essa estratégia é uma maneira de tentar identificar alguma incongruência no relato dos segurados.

“O que eu percebo e o que a pessoa refere, então perguntamos várias vezes para ver se a pessoa se mantém na mesma linha, porque temos de estar preparados para tudo. Então, vemos se ela mantém aquela resposta para se é verdadeira ou se mantém. É uma coisa que é meio cansativa, porque dependemos muito da informação, pois sabemos que essa pode ser manipulada. A informação também tem que bater com o exame físico que realizamos”. –Perito Médico

Além de estarem buscando fiscalizar a veracidade das informações os profissionais procuram fazer uma relação entre o que o segurado diz e o que o exame clínico apresenta. Os médicos peritos sentem a necessidade de relacionar o relato da pessoa com o que está no CID - Classificação Internacional de Doenças, dos laudos daquele segurado.

“A informação também tem que bater com o exame físico que realizamos. E às vezes, apesar de não ter acontecido comigo. Quando há dúvida em relação ao que ele informou e nosso exame físico, aí sim o relatório médico, o histórico dele, não somente o CID vai ajudar a definir um pouco mais”. – Perito Médico

O relatório médico ganha uma grande proporção na avaliação dos segurados, por muitas vezes, ser considerado a parte objetiva da avaliação. A discussão da falta

de documentação se repete, mas também pode ser justificada pelo fato de que a pessoa convive com a deficiência há tantos anos, é um impedimento que para ela está evidente, que não se vê a necessidade de guardar documentações que comprovem sua deficiência. E mesmo nos casos em que a deficiência não seja evidente, ela se torna a partir da interação na sociedade. Outro aspecto é que a LC 142/2013 é uma legislação tardia, as pessoas com deficiência não esperavam que houvesse uma legislação que necessitasse de comprovação documental da deficiência. Ao contrário das pessoas com deficiência que estão ingressando hoje no mercado de trabalho que terão a preocupação de guardar os exames e documentos.

“As pessoas acabam dando algum sinal, sabe? E às vezes até pela dificuldade sabe, assim, não existe sinal, mas assim, o entorno dela mostra que ele não está adaptado para aquela pessoa. Então às vezes você não percebe uma deficiência nela, mas aí você percebe que a dificuldade dela em relação àquela calçada, em relação àquela falta de... Enfim, aquela estrutura né? Que existe alguma coisa”. - Assistente Social.

A LC 142/2013 traz a perspectiva dos estudos sobre deficiência exatamente para identificar as pessoas com deficiência considerando os aspectos corporais em relação em interação com a sociedade. Ainda há muita dificuldade com o conceito de deficiência, mas é possível notar um movimento dos profissionais para se apropriar da discussão. O instrumento contribui para que os profissionais abordem a deficiência considerando as restrições de participação (PEREIRA; BARBOSA, 2016). Os debates a respeito dos estudos sobre deficiência devem se fortalecer para dar mais visibilidade e continuar fundamentando as avaliações. Por mais que existam aspectos burocráticos da própria legislação que restrinja direitos, a avaliação também tem sua importância para o deferimento ou indeferimento das aposentadorias. Assim sendo, a política de previdência social é ampliada para as pessoas com deficiência, por mais que esbarre em algumas barreiras que restrinja uma ampliação plena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar a lei complementar 142 como mecanismo de ampliação da política de previdência social, a partir da perspectiva dos assistentes sociais e médicos peritos do INSS. Foram observadas as compreensões a respeito dos estudos sobre deficiência presentes no texto da legislação e no cotidiano da implantação da mesma. As análises realizadas referentes à LC 142/2013 foram baseadas na compreensão apresentada pelos profissionais do INSS.

A LC 142/2013, em seu texto, traz uma ampliação da política de previdência social, pois ela permite que as pessoas com deficiência possam acessar a aposentadoria de forma diferenciada. Partindo-se da compreensão de que deficiência é a expressão da diversidade humana (DINIZ, et. al, 2009) é necessário a elaboração de políticas que atendam as diferenças para que a igualdade de participação seja alcançada (MEDEIROS, et. al, 2010). A necessidade de políticas diferenciadas ocorre devido ao fato de que as pessoas com deficiência não possuem uma participação social plena, pois a sociedade não se estrutura considerando os corpos com impedimentos que são vistos como desviantes dos padrões de normalidade vigente (BARBOSA, 2013). Para construir uma sociedade baseada nos princípios de equidade e justiça, é necessário políticas de proteção social diferenciada que considerem às particularidades das pessoas com deficiência (MEDEIROS, et. al, 2010).

Essa sensibilidade presente na LC 142/2013 se deve a Convenção que vem legitimar a concepção de deficiência como restrição de participação na elaboração das políticas no país (DINIZ, et. al, 2009). A partir da Convenção ocorrem a promulgação e implantação da LC 142/2013. É possível identificar a ampliação na política de previdência social quando se trata da implantação de uma aposentadoria diferenciada para pessoas com deficiência. No entanto, os dados mostram que em certa medida, no momento da operacionalização da legislação pode ocorrer restrição de direitos.

As entrevistas realizadas com peritos médicos e assistentes sociais do INSS permite identificar, em vários momentos, uma divergência na compreensão do que é deficiência, alguns buscam uma análise mais médica e outros uma perspectiva pautada no social. Os princípios do modelo biomédico ainda são predominantes nos

discursos dos profissionais ao descrever o que é deficiência, mas na prática há a compressão das barreiras sociais como mecanismos que impossibilitam a participação social. Essa compreensão da deficiência relacionando as questões médicas com a inserção do segurado na sociedade é positiva. A Convenção ao trabalhar o conceito de deficiência traz os aspectos sociais, mas não deixa de considerar as questões médicas/corporais (DINIZ, et. al, 2009). O que pode vir a restringir direitos é a análise dos profissionais a respeito de quem são os segurados com deficiência a partir das orientações do IF-Br. Existe um movimento em considerar pessoa com deficiência apenas aqueles que experimentam de “deficiências clássicas”. Essa análise foge o proposto pela Convenção, pois os segurados que não possuem uma deficiência clássica, como deficiência física ou intelectual, mas possuem uma doença crônica que o impede de estar na sociedade, experimentam a deficiência (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010). Se não houver uma sensibilidade dos profissionais que estão realizando as avaliações, alguns segurados que são considerados pessoas com deficiência, segundo a Convenção, deixarão de ser contemplados.

A LC 142/2013 amplia a política de previdência social, mas ela pode apresentar uma restrição de direitos durante a sua operacionalização. Um exemplo disso é a régua utilizada para delimitar quem são as pessoas com deficiência para lei. Em alguns momentos essa delimitação pode deixar de contemplar alguns segurados, por exigir que se alcance determinadas pontuações para ser considerada pessoa com deficiência para lei. O segurado que não alcance a pontuação por pequenas disparidades na pontuação exigida pode deixar de ser contemplado pela LC devido a essa delimitação na pontuação. Essa burocratização no momento da operacionalização faz parte das decisões que interferem nas ações das políticas, restringindo direitos que deveriam ser ampliados (MEDEIROS, et. al, 2010).

A aposentadoria para as pessoas com deficiência permite que os segurados aposentem mais cedo, considerando que em muitos casos há uma inserção tardia no mercado de trabalho. A LC 142/2013 permite a apreensão de toda trajetória de vida do segurado, considerando, em grande medida, as barreiras sociais enfrentadas para inserção na sociedade. No entanto, os dados permitem afirmar que a Lei Complementar ainda não consegue enfrentar as desigualdades. O instrumento utilizado para avaliação das pessoas com deficiência permite que se conheçam

vários domínios da vida dos segurados. Porém, na perspectiva apresentada pelos profissionais, estes domínios são insuficientes. Os pontos que são elencados como importantes estão relacionados a questões socioeconômicas, acesso a educação e inserção no mercado de trabalho. Os profissionais afirmam que a questão socioeconômica deveria ser mais enfatizada devido ao fato de que nem todo segurado do INSS está empregado. Sendo assim, pode vir a existir alguma dependência financeira, influenciando, em alguma medida, na participação social.

Outros dois pontos que são levantados como importantes para o enfrentamento das desigualdades são as questões de inserção e permanência no mercado de trabalho e a falta de articulação das políticas sociais. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 34º, vem garantir que a pessoa com deficiência tenha direito ao trabalho em ambientes acessíveis, inclusivos e em iguais oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015). A lei de inclusão é recente e precisa percorrer um longo caminho para desconstrução de diversas barreiras sociais. Uma dessas barreiras presente na sociedade é o acesso ao mercado de trabalho, pois por mais que existam as cotas para contratação das pessoas com deficiência, muitas vezes os empregadores deixam de contratar por uma questão de discriminação, justificada por falta de qualificação dos candidatos (MARTINS, et. al, 2011). Há casos em que há qualificação, mas na maioria das vezes esta é baixa em virtude das barreiras enfrentadas no acesso à educação. A perspectiva adotada pelos profissionais do INSS é de que a inserção no mercado de trabalho não ocorre de maneira igualitária devido a dificuldade de inserção que ocorre na política de educação. Para que se tenha acesso ao mercado de trabalho é necessário que primeiramente seja garantido o acesso igualitário a educação, para que este se desenvolva, qualifique e se insira no mercado de trabalho. Segundo os profissionais, a LC 142/2013 tem que trabalhar articulada com as políticas de educação e trabalho, pois se estas forem desenvolvidas plenamente, mais pessoas com deficiência terão acesso à aposentadoria.

Essas limitações identificadas na operacionalização da lei podem ser justificadas pela conjuntura econômica e política instalada no país. Em períodos de crise, presente nos ciclos do capitalismo, as políticas sociais são diretamente afetadas, num processo de dificuldades de implantação e diminuição ou corte de recursos (FALEIROS, 2009). O país possui um contexto de reformas da previdência social que ficaram conhecidas como contrarreformas por gerar desmonte dos

direitos sociais (PEREIRA, 2012). Estas reformas foram pautadas em um falso déficit na previdência social, colocando a previdência complementar privada como a solução do problema em questão (MARQUES; MENDES, 2004). Esse processo de incentivo à previdência privada é uma maneira de transformar um direito social adquirido em mercadoria (FALEIROS, 2009). A onda neoliberal coloca o Estado como ineficiente e transfere para o mercado, para o terceiro setor e para as famílias, as atividades estatais, diminuindo os direitos sociais (FALEIROS, 2009).

É fundamental considerar que a LC 142/2013 traz uma ampliação para a previdência social dentro de um momento econômico e político marcado por reformas e corte de direitos. No ano de 2014, um ano após a promulgação da LC 142/2013, a presidenta Dilma Rousseff propôs mais uma reforma previdenciária, por meio das Medidas Provisórias 664 e 665 transformadas nas leis 13.134 e 13.135, com o objetivo de cortes nos gastos públicos (DIEESE, 2015). Enquanto estava sendo implantada uma aposentadoria que ampliava o acesso das pessoas com deficiência à política de previdência social, outros benefícios como seguro desemprego, abono salarial, pensão por morte, auxílio-doença e auxílio reclusão estavam tendo suas regras de acesso revisadas. Ao implantar as mudanças na previdência social, o governo alegava que não estava extinguindo direitos trabalhistas. No entanto, esse processo dificulta e limita o acesso de alguns segurados aos benefícios (DIEESE, 2015). A política de previdência social vem perdendo seu caráter universal e a prática de políticas seletivas vem tomando espaço (SILVA, 2015). De certa maneira, é o que ocorre com o Decreto 8.145, que operacionaliza a LC 142/2013, que traz algumas regras que dificulta que todos os segurados com deficiência sejam contemplados.

É possível concluir que a hipótese deste trabalho, de que os assistentes sociais, peritos médicos do INSS reconhecem que a lei complementar 142 é um mecanismo de ampliação do acesso das pessoas com deficiência à política de previdência social está confirmada. Existe a ampliação da previdência social, mas essa dialoga cotidianamente com os obstáculos enfrentados pela correlação de força presente na sociedade. As políticas sociais como a previdência atendem contraditoriamente aos interesses da classe trabalhadora e do capital. Há momentos em que se ampliam os direitos trabalhistas, mas também há os incentivos e investimentos a poupanças internas e outros mecanismos que contribuem para o crescimento do capital (SILVA, 2015).



Os impasses para uma política de previdência universal conforme consta na Constituição Federal de 1988 está crescendo. Nos últimos meses, houve o afastamento da Presidenta Dilma Rousseff devido ao processo de impeachment que estava em curso, assumindo o vice-presidente Michel Temer. O presidente em exercício, na primeira semana de governo, propôs mudanças que afetou os direitos previdenciários. Por meio da Medida Provisória nº 726 de 12 de maio de 2016, Michel Temer extinguiu o Ministério da Previdência Social, um dos órgãos responsáveis por representar os direitos trabalhistas. O INSS passa a ser responsabilidade do Desenvolvimento Social e Agrário. Já a Superintendência Nacional de Previdência Complementar – Previc, o Conselho Nacional de Previdência Social, Conselho Nacional de Previdência Complementar, Câmara de Recursos da Previdência Complementar e o Dataprev foram transferidos para o Ministério da Fazenda (BRASIL, 2016). O processo de transferência das atividades do Ministério da Previdência Social para a Fazenda e o Desenvolvimento Agrário significa a passagem dos direitos trabalhistas do âmbito social para o setor financeiro. As mudanças realizadas priorizam os interesses do capital em cima dos direitos sociais. Os direitos trabalhistas poderão estar sujeitos às oscilações do mercado (AFONSO, 2016).

Dentro deste contexto de crises e contradições ter uma legislação como a LC 142/2013 é um avanço na luta pela garantia das políticas sociais e também do movimento das pessoas com deficiência. Contudo, a luta pela garantia de direitos é diária e não pode ser desmobilizada. O governo não garante a efetivação das políticas sociais da maneira democrática como prevê a Constituição Federal de 1988, estas dependem de negociações que visam o equilíbrio da correlação de força para que ambas as partes, capitalistas e trabalhadores, sejam beneficiados (SILVA, 2012). O Brasil tem uma Constituição conhecida como cidadã, pois em sua elaboração houve a participação da sociedade civil. Na Carta Magna, a previdência social compõe o tripé da seguridade social, que prevê diretrizes que alcancem a universalização das políticas de Seguridade. Segundo Maria Lúcia Lopes da Silva (2012), é possível que se alcance a universalização da previdência social, mas para que isso ocorra serão necessárias medidas que modifiquem a estrutura do sistema capitalista. Para a política de previdência ampliar cada vez mais é necessário que os princípios da Seguridade Social sejam aplicados de maneira mais concreta (SILVA, 2012).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. Benefícios da Previdência Social. In: **Cartilha Benefícios da Seguridade Social**. Brasília: Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social, 2014. p. 17-29.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai Dornelles. **Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 816-823. ISSN 0104-1169.

BARBOSA, Livia. A Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e os Novos Contornos Das Necessidades Humanas Para a Proteção Social. In: **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários**. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. p. 126-157.

\_\_\_\_\_; SANTOS, Wederson Rufino dos. **Deficiência, direitos humanos e justiça**. Sur, Rev. int. direitos human. [online]. 2009, vol.6, n.11

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 47-111.

BONFIM, Symone Maria Machado. Atuação Parlamentar Sobre a Deficiência: Uma Análise de Projetos de Lei do Período de 2003 a 2008. In: **Deficiência e Discriminação**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e trabalho: paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília: Letras Livres, 2006. p.11-68.

\_\_\_\_\_. Seguridade Social: A armadilha dos conceitos. In: **A Seguridade Social Dilapidada: Elementos Determinantes de sua Fragmentação no Brasil**. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPQ. Julho, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretária Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência; Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Trabalho. In: **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. 2012.

COURTINE, Jean-Jacques. O corpo anormal: história e antropologia culturais da deformidade. In: Courtine Jean-Jacques, Corbin Alain, Vigarello Georges. **A história do corpo: As mutações do olhar: O século XX**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 253-307.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Tradução Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre. Artmed, 2010. p. 296.

Dhanda, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. In. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, 5(8): 42-59. 2008

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. IN: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LARERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução Ana Cristina. 3. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 127-153.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; Minayo, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 109 p.

DINIZ, Débora. **O que é Deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

\_\_\_\_\_; Deficiência e Políticas Sociais – entrevista com Colin Barnes. **Revista Ser Social**. Brasília, v. 15. n. 32. p. 237-251, jan./jun. 2013.

\_\_\_\_\_; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e Direitos Humanos: Desafios e Respostas à Discriminação. In. **Deficiência e Discriminação**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.10, pp. 2507-2510. ISSN 1678-4464.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista brasileira de epidemiologia**. [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 324-335. ISSN 1980-5497.

FAGNANI, Eduardo. Política Social e Crescimento Econômico. In. **Revista Política Social e Desenvolvimento**. Ano 03. p. 14-21.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política Social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 59-213.

\_\_\_\_\_. A questão da reforma da Previdência Social no Brasil. In. **Revista Ser Social**. Brasília, n. 7. 2000. p. 97-116.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**. [online]. 2005, vol.8, n.2, pp. 187-193. ISSN 1980-5497.

FOUCAULT, Michel. Os Corpos Dóceis. In. **Vigiar e Punir**. nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalheite. Petrópolis, Vozes, 1987. p. 162-181.

FRANÇA. Thiago Henrique. **Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para emancipação social**. Lutas Sociais, São Paulo, vol. 17 n. 31, p. 59-73, jul/dez. 2013.

FRANZOI Ana Cristina, et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. **Acta Fisiátrica**. Rio de Janeiro, 2013. p. 164-178

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão Social no Capitalismo. IN: **Revista Temporalis**, Brasília, nº 3, 2001. p. 9-32.

INSTITUTO DE ESTUDOS DO TRABALHO E SOCIEDADE. **Relatório Final - Elaboração de Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros**. Rio de Janeiro, 2012.

JACCOUD, Mylène; MAYER, Robert. A observação direta e a pesquisa qualitativa. IN: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LARERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução Ana Cristina. 3. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 254-294.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquila. O Governo Lula e a Contrarreforma Previdenciária. São Paulo: **Revista Perspectiva**. [online]. v. 18. n. 3. p. 3-15. 2004.

\_\_\_\_\_; BATICH, Mariana; MENDES, Áquila. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. São Paulo: **Revista Perspectiva**. [online]. 2003, vol.17, n.1, pp. 111-121. ISSN 1806-9452.

MARTINS, Cristiane Mega; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Subjetividade e Políticas Públicas: Inserção profissional de pessoas com deficiência no Brasil. In: **Revista IMED**. Vol, 3. n.2. Julho/Dezembro, 2011

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia. Deficiência e igualdade: o desafio da proteção social. In. **Deficiência e Igualdade**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTS, Fernanda. O Direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul. In. **DIPROSUL. Intersectorialidade na Política Social: Reflexões a partir do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais**. Pelotas, 2011. p. 1-27.

OLIVER, Mike. Políticas Sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas. In. **Superar las Barreras de la Discapacidad 18 años de Disability and Society**. Madrid: Morata, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. Tradução e Revisão de Amélia Leitão. Lisboa, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. 2006a. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.

PEREIRA, Éverton Luís; Barbosa, Lívia. **Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepção de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013**. No prelo.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social: temas&questões**. São Paulo: Cortez, 2009. 205p.

\_\_\_\_\_. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. In. **Revista Ser Social**. Brasília, n. 6, p.119-132. 2000.

\_\_\_\_\_. Utopias desenvolvimentistas e política social. In. **Revista Social e Sociedade**. São Paulo, n. 112. Dez. 2012. p. 729-253.

RIBEIRO, Marcelo et. al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. In. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 11, n. 2, p.72-76. Ago/2004.

SANTOS, Wederson Rufino dos. **Pessoas com deficiência: nossa maior minoria**. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.3, pp. 501-519. ISSN 1809-4481.

\_\_\_\_\_. Deficiência, desigualdade e assistência social: o Brasil e o debate internacional. In: **Deficiência e Discriminação**. Brasília: LetrasLivres: EdUnB, 2010.

\_\_\_\_\_. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? In. **Deficiência e Igualdade**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_; Diniz, Debora; Pereira, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. In. **Deficiência e Igualdade**. Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **(Des)estruturação do trabalho e condições para universalização da Previdência Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. 490 p.

\_\_\_\_\_. Estado e Política Social na América Latina: as tendências da previdência social. In. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 18, n.2, p. 147-148, jul./dez. 2015.

SILVA, Sheyla Suely de Souza. A Política Social Brasileira na Conjuntura da Crise Internacional. IN. **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2ed. Campina Grande: EDUEPEB, 2011. p. 21-39.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (orgs). **Política Social e Democracia**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

## Portais Consultados

AFONSO, Jacy. Extinção do Ministério da Previdência: fim da política social e solidária. Disponível em: <<http://www.brasil247.com/pt/colunistas/jacyafonso/233258/Extin%C3%A7%C3%A3o-do-Minist%C3%A9rio-da-Previd%C3%Aancia-fim-da-pol%C3%ADtica-social-e-solid%C3%A1ria.htm>> Acesso em 01 de jun. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 25 de ago. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)> Acesso em 21 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 6.214 de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 28 de set. 2007. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm)> Acesso em 23 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 3.298 de 20 de dez de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 21 de dez. de 1999. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)> Acesso em 23 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 7.617 de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 18 de nov. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm)> Acesso em 23 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 8.143 de 22 de novembro de 2013. Altera os Anexos VII, VIII e X ao Decreto nº 7.995, de 02 de maio de 2013, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira e estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo para o exercício de 2013. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 22 de nov. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8143.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8143.htm)> Acesso em 11 de mai. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 25 de out. 1989. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm)> Acesso em 23 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 25 de jul. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)> Acesso em 22 de mar. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 8.742 de 07 de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 08 de dez. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm)> Acesso em 22 de mar. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a proteção aos participantes de pesquisas científicas envolvendo humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 11 e 12 de dez. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em 25 de abril. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 13.134 de 16 de junho de 2015. Altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego e o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº-10.779, de 25 de novembro de 2003, que dispõe sobre o seguro-desemprego para o pescador artesanal, e nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social; revoga dispositivos da Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, e as Leis nº 7.859, de 25 de outubro de 1989, e no 8.900, de 30 de junho de 1994; e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 17 de jun. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13134.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13134.htm)> Acesso em 01 de jun. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 13.135 de 17 de junho de 2015. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 de junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nº 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 18 de jun. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm)> Acesso em 01 de jun. 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial**, Brasília, DF, 07 de jul. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)> Acesso em 01 de jun. 2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 142, de 08 de maio de 2013. Dispõe sobre aposentadoria para pessoas com deficiência, Regulamentando o § 1º do art. 201 da Constituição Federal de 1988. **Casa Civil**, Brasília, DF, 08 de maio. 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp142.htm)> Acesso em 19 de maio. 2016

BRASIL. Casa Civil. Medida Provisória Nº 726 de 12 de maio de 2016. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 12 de mai. 2016. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm)> Acesso em 01 de jun. 2016.

BRASIL. Advocacia Geral da União; Ministério da Previdência Social; Ministério da Fazenda; Secretária Especial dos Direitos Humanos; Ministério Público. Portaria Interministerial Nº 01 de 27 de janeiro de 2014. Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 30 de jan. 2014. Disponível em: <<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=265085>> Acesso em 11 mai. 2016.

DIEESE. Considerações sobre as Medidas Provisórias 664 e 665 de 30 de Dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2015/subsidiosConsideracoesMPs664665.pdf>> Acesso em 01 de jun. 2016



## **ANEXO A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO**

### **Roteiro para observação**

#### **Cena**

##### **1. Espaço/tempo:**

- a. quantas pessoas estão na sala? Como estão distribuídas no espaço? Isso favorece, prejudica ou é indiferente para a cena?
- b. O espaço é acessível? Houve dificuldade para o sujeito entrar na sala?
- c. Sua presença interfere de alguma forma? As pessoas se dirigem a você? Onde você ficou na sala?
- d. O que tem na mesa do profissional? Apenas documentos? CID? O Manual do IFBRA?
- e. Quanto tempo a entrevista durou? Foi rápido? Lento? Adequado? Fez diferença o tempo para o atendimento?

##### **2. Participantes**

- a. Como o segurado se apresenta?
- b. Como os profissionais se apresentam?
- c. Como estão as pessoas? Nervosas? Calmas? Como é a interação?
- d. Quem são os segurados? Quais as características deles?
- e. A quem são feitas as perguntas? Como são feitas as perguntas?
- f. Como o profissional faz uso do instrumento? Ele lê? Ele usa o manual? Ou a entrevista se parece mais como uma conversa?

#### **Deficiência**

##### **3. Qual é a deficiência do candidato?**

- 4. Quais documentos o candidato trouxe? Quais documentos o profissional considerou importantes?

5. Como é o dia-a-dia do sujeito? Houve ênfase em alguma dimensão da vida dele? Nas perguntas ou nas respostas?
6. Surgiu alguma controvérsia na entrevista? Candidato ou profissional se mostraram confusos ou não compreenderam a necessidade/importância de algum elemento?
7. Como foi a comunicação sobre a deficiência? Qual foi a linguagem utilizada? Houve mudança na linguagem/comunicação durante o atendimento? A mudança fez alguma diferença na interação? Houve algum termo para se referir a deficiência que lhe chamou a atenção? Qual?
8. Houve surpresas no atendimento?

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÉDICO PERITO

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Médico Perito.**

Conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL - MS - CNS, 1996; 2013)

**Investigadores:** Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Médico, Professor Associado Colaborador e Edgar Merchan-Hamann, Médico, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB - Departamento de Saúde Coletiva.

**Título da Pesquisa:** *Desenvolvimento de metodologia para aprimoramento e validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA).*

Prezado(a) Doutor (a),

Desejamos convidá-lo(a) **a participar de forma voluntária em entrevista a ser realizada após o exame de segurado com deficiência marcado na Perícia do INSS**. O objetivo desta pesquisa é avaliar se o questionário chamado IFBrA identifica de forma adequada os direitos das pessoas com deficiência (PcD) conforme determina a Lei Federal 142/2013, para que o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) antecipe em dois, seis ou dez anos as aposentadorias de pessoas com deficiência (PcD).

Sua contribuição profissional poderá ajudar a avaliar a capacidade do questionário IFBrA para medir a gravidade ou intensidade das barreiras sociais, ambientais e físicas enfrentadas pelas PcD, conforme seja utilizado pelo INSS nas perícias realizadas por peritos médicos e entrevistas por assistentes sociais.

Nossa pesquisa pretende saber se o instrumento criado para medir o grau de deficiência pode ser considerado aceitável, justo e bem compreendido. Calculamos que a entrevista poderá durar meia hora. Serão feitas perguntas sobre seu julgamento em relação à adequação do IFBrA na avaliação das dificuldades encontradas pelas PcD nas atividades diárias, lazer, transporte e trabalho. Pediremos permissão para observar o atendimento pelos assistentes sociais e médicos do INSS e realizar depois entrevistas em separados com médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência candidatas à aposentadoria.

Se o (a) senhor (a) aceitar responder ficaremos agradecidos. Sua participação na pesquisa será voluntária, não será paga e não vai lhe trazer benefícios pessoais diretos. Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum risco pessoal. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua recusa em participar não vai lhe trazer

qualquer prejuízo ou perda de benefícios. Se não puder ou não desejar responder às perguntas não teremos nenhum problema em interromper a entrevista. Todas as informações prestadas serão registradas em papéis, gravadores, computadores e fotografias. As suas informações pessoais e opiniões serão guardadas em segredo pelos pesquisadores que não vão divulgar nomes nem a identificação dos participantes. A pesquisa é realizada pela Universidade de Brasília e não pelo INSS. A equipe técnica e gestora do INSS não terá acesso à sua entrevista.

Nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de pessoas não envolvidas nesta pesquisa. Não levaremos suas informações para colegas de seu trabalho ou seus chefes. As respostas de todos os profissionais e segurados entrevistados serão analisadas em grupo sem que apareçam os nomes de quem respondeu.

Todas as respostas serão somadas em relatórios que vão estudar pessoas de vários lugares do país. O resultado será divulgado somente em somas de pontos, tipos de deficiências, idade, sexo e gravidade das deficiências das pessoas que participarem. O INSS e o governo brasileiro não usarão as suas informações pessoais obtidas nessa pesquisa para sua avaliação profissional ou institucional nem poderão guardar seu questionário junto com seus dados pessoais em arquivos do governo.

Não serão pagas despesas pessoais com alimentação, transporte ou tempo perdido no serviço. Responder ao questionário não deve lhe causar prejuízo além do gasto de seu tempo, do desconforto de falar sobre sua prática profissional. Não serão solicitados procedimentos adicionais de qualquer natureza nem lhe pediremos para atender a nenhum outro compromisso depois das respostas. Suas respostas poderão beneficiar outras pessoas quando pedirem aposentadoria. A colaboração do (a) doutor (a) será de extrema importância para o êxito desta pesquisa, pela qual, agradecemos de antemão.

Se necessitar de mais informações, por favor, procure os responsáveis pelo projeto indicado na carta ou o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no endereço abaixo. Uma cópia desta carta ficará em suas mãos para identificar nossos nomes, endereços e telefones. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) senhor (a). *Os entrevistadores poderão assinar a cópia da carta que ficará em seu poder como declaração de seu comparecimento e participação nas entrevistas.*

Se estiver de acordo, por favor, assine a nossa cópia. Muito obrigado.

Eu aceito a participação nesta pesquisa.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.  
(município)

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília - UnB (telefone 61– 3107-1951).  
Telefones dos Pesquisadores Responsáveis junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB – 61.3107-1951/ 1952 / 1953 emails: [ifbra@gmail.com](mailto:ifbra@gmail.com); Pagina de Internet: <http://www.unb.br/fs/dsc.html> – email do DSC: [coletiva@unb.br](mailto:coletiva@unb.br)

---

Nome e Assinatura do Entrevistador:

## **ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICO PERITO**

### **Roteiro de Entrevista para Médicos**

#### **Bloco 1 - Trabalho**

- 1 - Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 2 - Fale um pouco da sua trajetória profissional pra mim. Onde você já trabalhou?
- 3 - Como é sua rotina de trabalho no INSS?
- 4 - Você já trabalhou com avaliação de pessoas com deficiência em alguma outra política? E na sua prática médica em outros espaços? (ex.: BPC, transporte, etc) Quais?
- 5 - Você recebeu capacitação para avaliar as pessoas com deficiência para a aposentadoria?

#### **Bloco 2 – Compreensão de deficiência**

- 6 – Como você identifica as pessoas com deficiência no seu dia-a-dia? É diferente da avaliação que você faz aqui no INSS? Como? (Pode pedir para narrar um dia usual na rua ou no transporte, como sabe que alguém é uma pessoa com deficiência/ pedir para narrar como identifica a deficiência como médico assistente).
- 7 – Você acha que as pessoas que você atendeu eram pessoas com deficiência? (descrever quem eram para o medico se precisar – descrever também na transcrição).
- 8 – Para você, a deficiência tem graus? Quais são eles?

#### **Bloco 3 – Avaliação Social**

- 9 – O que é importante na avaliação da pessoa com deficiência feita aqui no INSS para você? (investigar alguns elementos, a opinião da própria pessoa com deficiência, laudo, documentos, exame clínico, a profissão do segurado, etc.)
- 10- Quais são os critérios que você utiliza para determinar o grau de deficiência na avaliação aqui no INSS?
- 11 – Além disso, você faz mais alguma coisa?

12 – Você acha que a avaliação da LC 142 pode ser comparada com a do BPC? De que forma?

#### **Bloco 4 – IFBr-A**

11 – Há alguma questão do IFBr-A que é difícil de fazer? Qual? Por quê?

12 – Há alguma atividade listada que você acha desnecessária ou que não entende porque está no instrumento? Qual? Por quê?

13 – Há algo que você considera importante e que o instrumento deixa de fora?

14 – Você acha que o instrumento está captando todas as pessoas que deveriam receber aposentadoria? E os graus atribuídos estão adequados?

15 – Você acha que os segurados entendem/concordam com a avaliação a que são submetidos?

16 – Você utiliza o manual para a aplicação do instrumento?

17 – Você acha que este instrumento está sendo adequado para a LC 142?

## **ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ASSISTENTE SOCIAL**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Assistente Social.**

Conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL - MS - CNS, 1996; 2013)

**Investigadores:** Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Médico, Professor Associado Colaborador e Edgar Merchan-Hamann, Médico, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB - Departamento de Saúde Coletiva.

**Título da Pesquisa:** *Desenvolvimento de metodologia para aprimoramento e validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA).*

Prezado (a) Assistente Social,

Desejamos convidá-lo (a) **a participar de forma voluntária em entrevista a ser realizada após o exame de segurado com deficiência marcado na Perícia do INSS.** O objetivo desta pesquisa é avaliar se o questionário chamado IFBrA identifica de forma adequada os direitos das pessoas com deficiência (PcD) conforme determina a Lei Federal 142/2013, para que o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) antecipe em dois, seis ou dez anos as aposentadorias de pessoas com deficiência (PcD).

Sua contribuição profissional poderá ajudar a avaliar a capacidade do questionário IFBrA para medir a gravidade ou intensidade das barreiras sociais, ambientais e físicas enfrentadas pelas PcD, conforme seja utilizado pelo INSS nas perícias realizadas por peritos médicos e entrevistas por assistentes sociais.

Nossa pesquisa pretende saber se o instrumento criado para medir o grau de deficiência pode ser considerado aceitável, justo e bem compreendido. Calculamos que a entrevista poderá durar meia hora. Serão feitas perguntas sobre seu julgamento em relação à adequação do IFBrA na avaliação das dificuldades encontradas pelas PcD nas atividades diárias, lazer, transporte e trabalho. Pediremos permissão para observar o atendimento pelos assistentes sociais e médicos do INSS e realizar depois entrevistas em separados com médicos, assistentes sociais e pessoas com deficiência candidatas à aposentadoria.

Se o (a) senhor (a) aceitar responder ficaremos agradecidos. Sua participação na pesquisa será voluntária, não será paga e não vai lhe trazer benefícios pessoais diretos. Sua participação na pesquisa não implicará em nenhum risco pessoal. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua recusa em participar não vai lhe trazer qualquer prejuízo ou perda de benefícios. Se não puder ou não desejar responder às perguntas não teremos nenhum problema em interromper a entrevista. Todas as



informações prestadas serão registradas em papéis, gravadores, computadores e fotografias. As suas informações pessoais e opiniões serão guardadas em segredo pelos pesquisadores que não vão divulgar nomes nem a identificação dos participantes. A pesquisa é realizada pela Universidade de Brasília e não pelo INSS. A equipe técnica e gestora do INSS não terá acesso à sua entrevista.

Nenhuma entrevista será levada ao conhecimento de pessoas não envolvidas nesta pesquisa. Não levaremos suas informações para colegas de seu trabalho ou seus chefes. As respostas de todos os profissionais e segurados entrevistados serão analisadas em grupo sem que apareçam os nomes de quem respondeu.

Todas as respostas serão somadas em relatórios que vão estudar pessoas de vários lugares do país. O resultado será divulgado somente em somas de pontos, tipos de deficiências, idade, sexo e gravidade das deficiências das pessoas que participarem. O INSS e o governo brasileiro não usarão as suas informações pessoais obtidas nessa pesquisa para sua avaliação profissional ou institucional nem poderão guardar seu questionário junto com seus dados pessoais em arquivos do governo.

Não serão pagas despesas pessoais com alimentação, transporte ou tempo perdido no serviço. Responder ao questionário não deve lhe causar prejuízo além do gasto de seu tempo, do desconforto de falar sobre sua prática profissional. Não serão solicitados procedimentos adicionais de qualquer natureza nem lhe pediremos para atender a nenhum outro compromisso depois das respostas. Suas respostas poderão beneficiar outras pessoas quando pedirem aposentadoria. A sua colaboração como Assistente Social será de extrema importância para o êxito desta pesquisa, pela qual, agradecemos de antemão.

Se necessitar de mais informações, por favor, procure os responsáveis pelo projeto indicado na carta ou o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no endereço abaixo. Uma cópia desta carta ficará em suas mãos para identificar nossos nomes, endereços e telefones. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) senhor (a). *Os entrevistadores poderão assinar a cópia da carta que ficará em seu poder como declaração de seu comparecimento e participação nas entrevistas.*

Se estiver de acordo, por favor, assine a nossa cópia. Muito obrigado.

Eu aceito a participação nesta pesquisa.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.  
(município)

Em caso de reclamações sobre a pesquisa favor procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília - UnB (telefone 61– 3107-1951).  
Telefones dos Pesquisadores Responsáveis junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB – 61.3107-1951/ 1952 / 1953 emails: [ifbra@gmail.com](mailto:ifbra@gmail.com); Pagina de Internet: <http://www.unb.br/fs/dsc.html> – email do DSC: [coletiva@unb.br](mailto:coletiva@unb.br)

---

Nome e Assinatura do Entrevistador:

## **ANEXO E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ASSISTENTE SOCIAL**

### **Roteiro de Entrevista para Assistentes Sociais**

#### **Bloco 1 - Trabalho**

- 1 - Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- 2 - Fale um pouco da sua trajetória profissional pra mim. Onde você já trabalhou?
- 3 - Como é sua rotina de trabalho no INSS?
- 4 - Você já trabalhou com avaliação de pessoas com deficiência em alguma outra política? E na sua prática como assistente social em outros espaços? (ex.: BPC, transporte, etc) Quais?
- 5 - Você recebeu capacitação para avaliar as pessoas com deficiência para a aposentadoria?

#### **Bloco 2 – Compreensão de deficiência**

- 6 – Como você identifica as pessoas com deficiência no seu dia-a-dia? É diferente da avaliação que você faz aqui no INSS? Como? (Pode pedir para narrar um dia usual na rua ou no transporte, como sabe que alguém é uma pessoa com deficiência).
- 7 – Você acha que as pessoas que você atendeu eram pessoas com deficiência? (descrever quem eram para o profissional se precisar – descrever também na transcrição).
- 8 – Para você, a deficiência tem graus? Quais são eles?

#### **Bloco 3 – Avaliação Social**

- 9 – O que é importante na avaliação da pessoa com deficiência feita aqui no INSS para você? (investigar alguns elementos, a opinião da própria pessoa com deficiência, laudo, documentos, exame clínico, a profissão do segurado, etc.).
- 10- Quais são os critérios que você utiliza para determinar o grau de deficiência na avaliação aqui no INSS?
- 11 – Além disso, você faz mais alguma coisa?

12 – Você acha que a avaliação da LC 142 pode ser comparada com a do BPC? De que forma?

#### **Bloco 4 – IFBr-A**

11 – Há alguma questão do IFBr-A que é difícil de fazer? Qual? Por quê?

12 – Há alguma atividade listada que você acha desnecessária ou que não entende porque está no instrumento? Qual? Por quê?

13 – Há algo que você considera importante e que o instrumento deixa de fora?

14 – Você acha que o instrumento está captando todas as pessoas que deveriam receber aposentadoria? E os graus atribuídos estão adequados?

15 – Você acha que os segurados entendem/concordam com a avaliação a que são submetidos?

16 – Você utiliza o manual para a aplicação do instrumento?

17 – Você acha que este instrumento está sendo adequado para a LC 142?